

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**“Consejería y percepción de la población vulnerable en los Centros de  
Atención de Infecciones de Transmisión Sexual, Lima y Callao, 2012”**

**TESIS**

**Para optar el Grado Académico de Magíster en Salud  
Pública**

**AUTOR**

**Rosa María Valle Villón**

**Lima – Perú**

**2015**

Página de aceptación o veredicto de la Tesis por los miembros del Jurado Examinador

*A Paul:*

*Mi esposo y compañero en los buenos y no tan buenos momentos de la vida*

*A mis hijos:*

*Paul, Gigi y Daniela, los tesoros que acuñé en mi vida*

## INDICE GENERAL

	N°
<b>CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	1
1.1. Situación Problemática	1
1.2. Formulación del Problema	4
1.3. Justificación teórica	5
1.4. Justificación práctica	5
1.5. Objetivos	5
1.5.1. Objetivo general	5
1.5.2. Objetivos específicos	6
<b>CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO</b>	7
2.1. Marco Filosófico o epistemológico de la investigación	7
2.2. Antecedentes de investigación	7
2.3. Bases Teóricas	12
<b>CAPÍTULO 3: VARIABLES</b>	21
<b>CAPITULO 4: METODOLOGÍA</b>	23
<b>CAPITULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	29
5.1. Presentación de resultados	29
5.2. Análisis y discusión	50
<b>CONCLUSIONES</b>	58
<b>RECOMENDACIONES</b>	59
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	60
<b>ANEXOS</b>	64
1. Anexo 01: Matriz de consistencia	64
2. Anexo 02: Matriz de operacionalización de variables	65
3. Anexo 03: Instrumentos	67

## **LISTA DE CUADROS**

Cuadro N°01: Tipo de usuario según establecimientos de salud

Cuadro N°02: Condición de los usuarios de los Centros Referenciales para Infecciones de Transmisión Sexual (CERITTS).

Cuadro N°03: Estado Civil según tipo de usuario

Cuadro N°04: Procedencia según tipo de usuario

Cuadro N°05: Grado de Instrucción según tipo de usuario

Cuadro N°06: Calificación de la atención recibida por el Consejero

Cuadro N°07: Calificación de la atención del consejero(a) desde la perspectiva del usuario

Cuadro N°08: Decisión del usuario de acudir al mismo consejero

Cuadro N°09: Relación entre preguntas del Consejero(a) y calidad de atención, según el usuario

Cuadro N°10: Asociación entre la confianza y la calificación del Consejero

Cuadro N°11: Relación entre la actitud de juzgamiento del consejero(a) y la calificación del usuario

Cuadro N°12: Relación entre las respuestas a sus necesidades como usuario y su entendimiento

Cuadro N°13: Características Generales de las Consejeras entrevistadas

Cuadro N°14: Asociación entre el tiempo de atención y la calificación del usuario

Cuadro N°15: Tiempo de duración de la consejería como parte de la Atención Médica Periódica

Cuadro N°16: Características generales de los ambientes en donde se realiza la consejería

Cuadro N°17: Relación entre ambiente privado y atención del consejero(a)

Cuadro N°18: Interrupciones durante la consejería que no permite la expresión del usuario

Cuadro N°19: Asociación entre la interrupción al usuario y la calificación del consejero(a)

Cuadro N°20: Horarios de la consejería a la población vulnerable

**LISTA DE FIGURAS:**

Gráfico N°01:

Enfoque sistémico de Donabedian adaptado por la autora al presente estudio de Consejería en ITS VIH brindada a la población vulnerable: Hombre que tiene Sexo con Hombre (HSH) y Trabajadores Sexuales (TS) en los Centros Referenciales para las Infecciones de Transmisión Sexual (CERITTS).

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue describir las percepciones de los usuarios respecto a la consejería brindada en los Centros Referenciales para la atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS), aplicando un diseño combinado de tipo cuanti- cualitativo.

La población de estudio estuvo conformada por 144 usuarios: 72 Hombres que hacen Sexo con Hombres (HSH) y 72 Trabajadores Sexuales (TS) y consejeros de seis CERITS de Lima y Callao. Para la recolección de datos se combinó: una encuesta estructurada, grupos focales y clientes simulados con usuarios, un flujograma de procesos y entrevistas de profundidad a seis consejeros.

La mayoría de los usuarios (90%) perciben como buena la consejería, sin embargo cualitativamente se han identificado disconformidad relacionados a la falta de privacidad y comodidad de los ambientes, a la irregularidad en la provisión de medicamentos e insumos y a comportamientos discriminatorios del personal de salud.

Por el contrario las consejeras percibieron la atención en la consejería como deficiente porque lo asocian a los problemas de gestión.

### **Palabras claves:**

- Centros Referenciales para la atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH SIDA (CERITS).
- Atención Médica Periódica (AMP)
- Consejería en ITS VIH SIDA
- Población Vulnerable: Hombre que hace Sexo con Hombre (HSH) y Trabajadores Sexuales (TS)

## SUMMARY

A quantitative, qualitative and tri-phasic study was performed in order to describe the perceptions of users regarding the quality of counseling provided at Reference Centers concerning Sexually Transmitted Infections (RCSTI).

The study population consisted of 144 users: 72 Men who have sex with men (MSM) and 72 sex workers (SW) and six RCSTI of metropolitan Lima. The tools for collection's data were: a structured survey, focus groups and customer simulated situations, process flowchart design and in-depth interviews to six counselors.

Most users perceive counseling as something good, however qualitatively some perceptions of disagreement were identified mainly related to the lack of privacy environments, the irregularity in the provision of medicines and supplements and discriminatory behavior of health personnel.

It is noteworthy that the counselors perceive the service provided to users as deficient because they associate it to management problems which limit them to meet the standards set by current regulations.

### **Keys Words:**

- Referential Centers for the care of Sexually Transmitted Infections and HIV AIDS (RCSTI).
- Periodic Health Care (PHC).
- STI HIV AIDS Counseling.
- Vulnerable Population: Man doing Sex with Man (MSM) and Sex Workers (WS).



## **CAPITULO 1.- INTRODUCCION**

### **1.1 Situación problemática**

El primer caso de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el Perú, se diagnosticó en 1983. Desde entonces el número de casos nuevos ha ido en aumento progresivamente hasta llegar a un acumulado de casos nuevos 48,679 casos de VIH y 29,824 casos de SIDA a Diciembre del 2012, (Ministerio de Salud- MINSA, 2012).

En nuestro país la epidemia del VIH se produce en un 97% por transmisión sexual, con una mayor prevalencia de la infección entre Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH).

A pesar de la tendencia progresiva hacia la hetero-sexualización de la epidemia, ésta aún se concentra en población de Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH) con una prevalencia de 13.66%, siendo la ciudad de Lima y Callao la que sigue albergando la mayor prevalencia de casos de VIH y sífilis ascendiendo al 12.4% y 18.3%, respectivamente (UPCH, IMPACTA, 2011).

Es preciso mencionar que la nomenclatura HSH no permite visibilizar las poblaciones donde más se concentra la epidemia y actualmente está en discusión la diferenciación en sub grupos y referirse a poblaciones “Gays, Trans, bisexuales y otros HSH”.

En 1997, el MINSA a través del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual (PROCETSS), estableció el sistema de Atención Médica Periódica (AMP) dirigida a los(as) trabajadores(as) sexuales (TS) con la finalidad de realizar la detección precoz, atención oportuna y tratamiento adecuado a los grupos poblacionales con elevada vulnerabilidad a

las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA. En ella se incluyó a la Consejería y es considerada como una de las estrategias costo-efectivas para la atención de la Población Vulnerable (HSH y TS), que tiene por objetivo promover la adquisición de conductas sexuales de menor riesgo para ITS-VIH (MINSA, 2007)

En el año 2004 se crea la Estrategia Nacional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ENITSS) y el VIH/SIDA, mediante Resolución Ministerial N°771-2004/MINSA y fue diseñada en base al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). En este marco es que la Atención Médica periódica (AMP) fue redefinida en el 2003 como una intervención de control sistemático y periódico a la población más afectada por el VIH/SIDA (HSH y TS), brindando diagnóstico y tratamiento gratuitos de las ITS. La AMP establece que el control para sífilis se realiza cada tres meses y cada seis meses para el control del VIH/SIDA; además considera la distribución gratuita de condones para sus usuarios y usuarias.

En la actualidad existen 28 Centros de Referencia para Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITTS). A pesar de la existencia de este sistema de atención médica periódica (AMP), todavía no existen normas generales e intervenciones que establezcan procedimientos diferenciados para trabajadoras y trabajadores sexuales de acuerdo a su género y orientación sexual. De allí una mayor desprotección hacia algunos grupos poblacionales, tales como la población Trans. (Travestis)

La Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual del Ministerio de salud (MINSA), considera también que la consejería es una estrategia costo efectiva para la prevención de las ITS, sin embargo reconoce que la consejería en ITS y VIH no ha evolucionado a la par con los nuevos conocimientos que se han ido adquiriendo sobre estas enfermedades. Tampoco se ha podido conocer el impacto de la consejería en los usuarios y su efectividad en los cambios de comportamiento, (MINSA, 2010). Por ello es que se inició una propuesta de renovación de la consejería a partir de la conformación de una Red de Especialistas en Consejería que brinde aportes importantes para su mejoramiento, esta red está compuesta por ocho personas provenientes tanto del MINSA como de la sociedad civil.

El informe conjunto 2005-2009 de la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual del MINSA y la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) reportaba que se habían logrado algunos avances. Entre estos se mencionaban:

- Cumplimiento de la recomendación de focalizar el gasto en poblaciones vulnerables (PV).
- Actualización y emisión de varias normas técnicas, entre ellas las referidas a la AMP y particularmente referidas a la consejería y manejo de ITS.
- Crecimiento sostenido de las fuentes de financiamiento proveniente del estado, incluso en el marco de la descentralización, entre el 2008 y 2009 se ha incrementado la asignación de recursos regionales al problema de las ITS VIH/SIDA.
- Cumplimiento progresivo del derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, el marco del aseguramiento universal, favoreciéndose las prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación.
- Mayor apertura a la participación de las organizaciones de las poblaciones consideradas como vulnerables.
- Compromiso del MINSA para garantizar la provisión y mejorar la distribución de condones implementando un Plan de mercadeo Social (2009-2011) teniendo como referente las necesidades de las siguientes poblaciones: Hombre que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores sexuales (TS), el grupo homosexual de los Trans y las personas viviendo con VIH SIDA (PVVS).

Sin embargo, también reconoce que aún no es posible medir el impacto de las intervenciones del MINSA y menciona que persiste el descuido continuo de las acciones de prevención y reportaba lo siguiente:

- Solo 58% de los establecimientos que brindaban AMP tenían kits para realizar las pruebas para sífilis.
- Muchos de ellos contaban con insuficientes cantidades de antibióticos para el tratamiento de las ITS y una cifra similar carecía de condones.
- Falta de decisión política en lo que respecta al estigma y la discriminación contra algunas poblaciones vulnerables (trans, gay, trabajadores y trabajadoras sexuales por ejemplo).

- Se sigue reportando el estigma y discriminación en los servicios de salud: persisten denuncias sobre violación al principio de confidencialidad del diagnóstico, negación de la atención, homofobia y transfobia en los servicios de Salud, discriminación en la provisión de servicios de Salud representados en cobros indebidos en particular a trabajadoras y trabajadores sexuales, limitación de los servicios sólo al control de la epidemia falta de integralidad en la atención en Salud.

De otro lado, la supervisión realizada a nivel nacional por la Defensoría del Pueblo en el 2008, a 81 establecimientos de salud del MINSA que brindaban consejería en ITS y VIH SIDA, reportó que el 19.75% se realizaba en ambientes que no aseguraban la confidencialidad, el 4% de establecimientos supervisados no realizaba la consejería Pre-test y el 90% realizaban la consejería post-test, el 28% no contaba con el formato de consentimiento informado para la prueba de VIH, el 9% de establecimientos no cumplían con la entrega de condones y el 24% no entregaba material educativo. El 94% de establecimientos contaban con el registro de atenciones.

En este contexto, es que el presente estudio pretende aproximarse a la consejería en ITS VIH/SIDA brindada en 6 CERITS de Lima y Callao analizando sus procesos y vinculándola con la percepción que tienen de ella, sus usuarios: HSH y TS.

## **1.2 Formulación del problema**

La pregunta que guió la investigación es:

¿Cómo perciben los usuarios (HSH y TS) la consejería y cómo se relaciona con las características del ambiente, la disponibilidad de insumos, y la atención brindada por el consejero en seis Centros referenciales para la atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) de Lima y Callao?

### **1.3 Justificación teórica**

Desde la perspectiva de la demanda, la percepción de los usuarios tiene una importancia estratégica para mejorar la calidad de atención de salud. Conocer y responder a las necesidades y expectativas podrían contribuir a mejorar la oferta sanitaria.

En este sentido, conocer las percepciones de los usuarios de la Atención Médica Periódica, y específicamente las percepciones relacionadas a la consejería en ITS VIH/SIDA permitirá una mejor adecuación de la atención de salud a las necesidades de sus usuarios: Los hombres que hacen sexo con hombres (HSH) y los y las trabajadoras sexuales (TS).

La consejería podrá cumplir entonces, un rol más efectivo para disuadir a los usuarios respecto a las conductas sexuales de riesgo, contribuyendo de esta manera a la disminución de las ITS VIH.

### **1.4 Justificación práctica**

Se espera que los resultados del estudio contribuyan a mejorar la calidad de atención en la consejería en los Centros Referenciales para las Infecciones de Transmisión Sexual (CERITTS) que han participado en el presente estudio e incluso podrán tener en cuenta la perspectiva de sus usuarios en sus procesos de mejoramiento continuo de la calidad de atención.

### **1.5 Objetivos**

#### **Objetivo General**

Analizar las percepciones que tienen los usuarios (HSH y TS) respecto de la consejería brindada en seis Centros Referenciales para la atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (CERITTS) de Lima y Callao en el 2012.

**Objetivos específicos**

1. Analizar la percepción los usuarios con las características del ambiente en donde se realiza la consejería en seis Centros de atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (CERITTTS) de Lima y Callao en el 2012.
2. Analizar la percepción los usuarios con la disponibilidad de insumos y materiales durante la consejería brindada en seis Centros de atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (CERITTTS) de Lima y Callao en el 2012.
3. Analizar la percepción los usuarios con las características de la atención brindada por el consejero en seis Centros de atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (CERITTTS) de Lima y Callao en el 2012.

## **CAPITULO 2.- MARCO TEORICO**

### **2.1 Marco filosófico**

Actualmente las personas y las instituciones, sean públicas o privadas aspiran a productos y servicios de calidad, incluso se habla de certificación y acreditación como formas de garantizar calidad de los servicios; siendo el cliente el protagonista para las instituciones.

En este sentido, las instituciones de salud tienen el desafío, por un lado de conocer las necesidades y expectativas de sus usuarios y por otro lado, tienen la obligación de mantenerse como organización dentro de estándares aceptados internacionalmente. En esta perspectiva, el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud constituye un doble desafío para el equipo de salud.

### **2.2 Antecedentes**

Saleem H, Kyeyagali R y Lunsford S (2014), en el marco de un proyecto de mejoramiento de la calidad, realizaron un estudio en Uganda con mujeres gestantes VIH positivas que asistían a la atención prenatal pero que no asistían a la atención en VIH. Entre los factores que facilitaban la atención en VIH en el largo plazo, era la disposición de mujeres portadoras expertas que brinden soporte (estrategia de pares), la atención simultánea en VIH y en la gestación y las acciones integradas entre ambos servicios.

Entre las barreras que dificultaban la atención en VIH en el largo plazo era la escasez de pruebas VIH, temor a las consecuencias sociales, físicas y médicas. Tanto prestadores como

usuarias recomendaron la integración de ambos servicios, reducción de tiempos de espera, consejería con expertos y cuidados con enfoque comunitario.

kalumbiL., KkumwendaS.y otros (2014), en Malawi, evaluaron un programa de consejerías domiciliarias para la realización de pruebas de VIH, para ello usaron metodologías combinadas de tipo cuanti-cualitativas. El 23 % de consejeros domiciliarios pensaban que se habían beneficiado al trabajar con sus comunidades. Los principales contratiempos fueron la falta de viáticos, la poca cantidad de tiempo dedicado a los niños, la dificultad para entender y seguir el manual de consejería. El 32% de consejeros refirieron persistencia de creencias en la comunidad referida a la extracción de sangre lo que limita la realización de las pruebas.

HallmarkCJ, Skillicorn J. y otros, (2014) en Washington DC y en Houston evaluaron establecimientos de salud que ofertaban el test de VIH, reportando que uno de sus problemas era el financiamiento, seguido por barreras relacionadas a la incomodidad de los pacientes durante la consejería pre y post test.

Deressa W, Seme A.y otras (2014), realizaron un estudio en Etiopía con 843 mujeres gestantes portadoras de VIH que asistían a 10 centros de salud, e investigaron los factores asociados con la aceptabilidad de las medidas preventivas. Midiaron el nivel de satisfacción en la atención prenatal, conocimientos de la Transmisión Vertical y la práctica del test VIH. Complementariamente usaron herramientas cualitativas entre ellas entrevistas a profundidad y grupos focales.

Entre sus resultados encontraron que entre el 9 a 18% de gestantes asistían a la consejería de VIH ya las pruebas, a pesar que el 90% conocía la Transmisión Vertical y el 94% cumplían con el control prenatal. La ausencia de consejeros, la consejería deficiente, la falta de conciencia y la escasa disponibilidad de pruebas VIH, así como la falta de interés y falta de preparación psicológica fueron citadas como factores asociados a no hacerse la prueba VIH.

En un meta-análisis Van Camp YP, VanRompae B,(2013), sobre intervenciones cuyo objetivo eran mejorar la adherencia a la medicación crónica, se revisaron artículos publicados desde 2006 hasta 2011. De los 10 estudios revisados, siete eran de pacientes VIH-positivos. La



consejería fue la intervención evaluada con mayor frecuencia entre otras, tales como mensajes electrónicos, intervenciones grupales y sobre todo la consejería cara a cara. Concluyeron en que la consejería parecía ser la intervención más efectiva que las enfermeras puedan utilizar complementándose con los demás métodos, pues la construcción de una estrategia variada puede mejorar la adherencia.

Sullivan PS, Grey JA, Simon Rosser BR. y otros (2013), mencionan que la búsqueda de nuevas tecnologías para la prevención del VIH entre los HSH, son prometedoras para llevar los servicios a escala y generar eficiencias en llegar a las poblaciones rurales de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), sin embargo no pueden sustituir por completo las intervenciones y los servicios actualmente prestados.

Los autores mencionan que las tecnologías basadas en Internet, en teléfonos inteligentes, mensajes de texto, etc.; deben coincidir tanto con el contenido que se entregarán y los patrones de uso de la tecnología de las poblaciones objetivo. Sugiere paquetes integrales de servicios de prevención para HSH, la prevención efectiva puede requerir una combinación intencional de los servicios de prevención habilitados con tecnología para lograr escala y la utilización estratégica de los componentes del paquete entregado personalmente, como es la consejería individualizada.

Mediante un estudio cualitativo Chiegi RJ, Zungu LI, y Jooste K., (2013), relacionaron la calidad de tratamiento del VIH con las percepciones de los usuarios finales de establecimientos de salud públicos en seis zonas geopolíticas de Nigeria; los resultados indicaron que los usuarios finales se mostraron satisfechos con el suministro ininterrumpido de medicamentos, tratamientos de cortesía, el voluntariado de los miembros del grupo de apoyo y los servicios de consejería de buena calidad.

Concluyeron que los usuarios finales esperan la colaboración efectiva entre los proveedores de salud y los miembros de grupos de apoyo, para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH.

Hyden C, Allengrate JP, Cohall AT (2013), en un estudio realizado en Nueva York en 164 establecimientos que realizaban la prueba de VIH, encontraron que el 48% de establecimientos no tenían la capacidad para hacer las preguntas pertinentes especialmente en el caso de adolescentes y/o a sus padres relacionadas a las opciones para prevenir o descartar el VIH. El 23% de establecimientos de salud ofrecía la prueba en horarios restringidos para adolescentes. Los resultados evidenciaron no solo la necesidad de capacitación del personal sino también la necesidad de control de calidad para asegurar que los consumidores puedan acceder a la prueba contando con la información precisa en horarios accesibles

En los Países bajos, Dukers-Muijers Nh., Somers C., y otros (2012), analizaron la atención de la salud sexual desde un enfoque de atención integral, participaron en el estudio 447 personas heterosexuales infectadas por el VIH y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Entre sus resultados mencionan que los HSH (50%) querían hablar más de su salud sexual que los usuarios heterosexuales (30%). Concluyeron que hablar de la salud sexual requiere una mayor conciencia entre los usuarios sobre sus opciones de atención, así como un cambio cultural entre los profesionales de salud.

En la India, Beattie TS., Bhattacharjee P. y otros (2012), analizaron un programa educativo para TS y HSH. Se realizaron 26 grupos focales con 302 participantes. Se analizaron las barreras personales e interpersonales claves para la utilización de servicios de VIH, las instalaciones físicas, los tiempos de espera, la falta de tratamiento disponible y la necesidad de dar sobornos para recibir atención, así como las actitudes discriminatorias del personal sanitario.

Mora O, Palomino J y otros (2009), en un estudio en un Hospital Nacional de Lima para evaluar la consejería pre-test aplicaron una entrevista estructurada a 499 usuarios de los servicios de VIH. Entre sus resultados mencionan que el nivel de conocimiento adquirido con la consejería pre-test en estos hospitales fue deficiente, no cumpliendo los objetivos de la misma. Sugieren cambiarla metodología para que pueda aumentar la retención de información por las personas

En Sud África, KinkelHf y otros (2012), hicieron un estudio para evaluar la calidad en 16 clínicas públicas que administraban tratamiento retroviral. Usaron técnicas de observación participante. Después de cinco visitas a cada clínica reportaron entre sus resultados que los consejeros fallaron con frecuencia al abordar la prevención de la transmisión del VIH.

Chai J, Wang D, y otros (2009), hicieron un estudio en China para probar un modelo de consejería en VIH en clínicas públicas de Anhui y Beijing, e incluyeron metodologías que evaluaban la satisfacción de los clientes, el conocimiento y la eficacia comportamiento. Se recogieron casos de grabaciones, cuestionarios de clientes, y entrevistas a los consejeros para revisar los procedimientos básicos utilizados en la consejería.

En Uganda, WanyenzeRk, KyaddondoD, y otros (2013), mediante entrevistas estructuradas, compararon las experiencias y percepciones de 627 usuarios relacionadas a la consejería y a las pruebas de VIH, reportando que el 79,9% (246) de usuarios pensaban que sus resultados se mantendrán en secreto en comparación con el 71,7% (200); acerca de la información proporcionada, el 92,0% (286) consideraba que era suficiente en comparación con el 78,7% (221). Concluyen que era necesario seguir fortaleciendo la calidad de la consejería, siendo indispensable ganar la confianza del cliente, garantizar la confidencialidad y brindar oportunidades para hacer preguntas según necesidades de información específica de los usuarios, lo que ayudará a mejorar la aceptabilidad de las pruebas de VIH.

Curioso w, Blas M., y otros (2007) realizaron en el Perú una revisión sistemática para evaluar el uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) para la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual y entre sus resultados mencionan un alto nivel de satisfacción con la entrevista por computadora porque los entrevistados manifestaron que podían responder mejor a algunos temas sensibles. También mencionan que el uso de mensajes por celulares al asegurar el anonimato, disminuir sesgos, contribuye a datos más completos y contar con reportes automáticos, haciendo más eficiente la visita clínica.

Agregan que la aceptabilidad de lo ofertado por internet, aumenta si se incluyen mensajes personalizados en temas de salud, si se dispone de educadores de salud en salas de chat y si se difunde información sobre sitios de pruebas para VIH e ITS

Finalmente los autores agregan que las herramientas computarizadas para la consejería en VIH/ITS podrían ser una manera efectiva de brindar intervenciones conductuales en clínicas con mucha demanda de pacientes. Los foros, chat y grupos de debate en los que los participantes pueden enviar mensajes sobre un tema específico ha cambiado la manera en que los pacientes interactúan y ha incrementado enormemente la cantidad de la información que cada participante comparte y recibe

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y otros, (2006), en el Perú realizaron un estudio con metodologías combinadas de tipo cuantitativo relacionado a la Transmisión Vertical y a los conocimientos y prácticas de las gestantes atendidas en el control prenatal en diez hospitales del Perú. En ese contexto dicho estudio menciona que las gestantes tienen información vaga sobre la Transmisión Vertical, siendo su fuente de información las charlas y reuniones grupales más no la consejería pre-test.

## **2.3 Bases Teóricas**

- **Con relación a la percepción de calidad de los usuarios**

### **El Usuario como consumidor de Servicios de Salud**

Phillips, Carson y Roe (1998) sugieren que los pacientes poseen tres niveles de necesidades relativas a la calidad. En el primer nivel sitúa las necesidades implícitas o expectativas básicas de calidad asumidas por el paciente. Como mínimo, los pacientes esperan fiabilidad, competencia, cortesía, Credibilidad, seguridad y respuesta positiva a los tratamientos. Las necesidades explícitas o expectativas opcionales forman parte del segundo nivel. Son atributos o aspectos del servicio que los pacientes desean y esperan, considerados “extras”, esto es, no forman parte del servicio básico.

Los autores mencionan que, cuando estos atributos están ausentes no implican la insatisfacción

del paciente con el servicio recibido, pero cuando están presentes, implican satisfacción. En este nivel se incluyen la responsabilidad, accesibilidad, comprensión, atención/ cuidado y comunicación. Las necesidades latentes o expectativas no articuladas son las no esperadas por los pacientes, cuyo cumplimiento da lugar a clientes “muy satisfechos”. En este nivel, los autores citados sitúan la buena apariencia física y profesional de las instalaciones y del personal y la relación coste/beneficio del paciente.

Maddalay Miller (1990) afirman que el consumo de servicios de salud se hace efectivo por la sensación de malestar o quiebre de la estabilidad en salud; por ello es que la demanda de servicios de salud es irregular e impredecible, los autores agregan que está asociada con una probabilidad relativamente alta de disminuir nuestra integridad personal. La enfermedad entonces, no sólo implica un riesgo sino un riesgo muy costoso.

Agregan que el usuario de servicios de salud tiene dificultades para evaluar el servicio recibido, por eso se requiere establecer una relación de confianza entre el paciente y el médico: el primero espera que el comportamiento del segundo esté guiado por el interés del paciente. Esto origina “asimetría de información”: el volumen de información con que cuentan proveedores y consumidores no es el mismo. El paciente no decide (“no demanda”) el tratamiento que va a recibir. Además agregan los autores que en la atención de salud, se desconoce la naturaleza exacta de la necesidad (diagnóstico) y también las prestaciones de salud que contribuirían a resolverla (terapias), lo que hace que los usuarios dependan del proveedor.

De otro lado, Pickering, (1991) afirma que la demanda por cuidado de salud también varía con las creencias de las personas acerca de la eficacia del cuidado, esto es, mientras los proveedores tienen un punto de vista para la producción de servicios, los pacientes pueden tener creencias distintas. Sus creencias pueden llevarlos a seguir usando métodos curativos que la ciencia descarta conjuntamente con tratamientos médicos, otros pueden desconfiar y rechazar el cuidado que los científicos y médicos describen como eficaces. Agrega que la demanda depende también del costo del servicio y si les cuesta su dinero, serán pues más exigentes; por otro lado el tiempo de las personas tiene un elevado valor individual subjetivo, por ello dejan de trabajar o atender otras necesidades personales y familiares.

Agrega que la percepción de la calidad es una valoración subjetiva que tiene el usuario de los servicios utilizados, y emiten un juicio de valor. En consecuencia, la calidad medida de esa forma no corresponde a ningún estándar nacional ni internacional, pues resulta enteramente de la valoración subjetiva de los usuarios. Es decir, son los usuarios los que finalmente dan su veredicto sobre la calidad del servicio.

Al respecto Bruce(1998), refiere que la calidad se asocia con un estándar intimidante y probablemente caro, pero agrega que no se trata para nada de un estándar, sino más bien de una propiedad común a todos los programas. Sólo un juicio puede determinar si la calidad es buena o mala, satisfactoria o insatisfactoria. La calidad del servicio resulta pues, de cómo perciben la atención los usuarios y por lo tanto es una comparación de sus expectativas (beneficios ideales) en relación de los servicios que ellos esperan recibir de la institución.

Precisa la autora que, una regla general de medición de la calidad bajo la premisa planteada es que mientras las percepciones sean mayores que las expectativas, será más alto el nivel de calidad percibida del servicio de Salud; mientras las percepciones sean menores que las expectativas, será más bajo el nivel de calidad percibida por el usuario del servicio de salud.

La autora también menciona que la zona de tolerancia varía de un usuario a otro y posiblemente de una prestación de servicio a otra para el mismo usuario. Así mismo para su calificación, se consideran seis dimensiones que se utilizan para evaluar un servicio: Confiabilidad, Ambiente Tangible, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Comunicación y Acceso. En general, cuanto mayor sea la importancia de una dimensión, menor será su zona de tolerancia, porque el usuario estará menos dispuesto a hacer concesiones en sus normas de servicio.

Finalmente la autora menciona que diversas investigaciones han demostrado reiteradas veces que los clientes le conceden a la confiabilidad un valor más alto que a las demás dimensiones, ya que constituye dimensión de resultado. Las otras cinco dimensiones tienen que ver más bien con el producto, es decir, cómo se presta el servicio. Los niveles de expectativas son dinámicos y fluctúan de acuerdo con diversos factores. El nivel del servicio deseado tiende a cambiar más

lentamente y en proporciones menores que el nivel de servicio observado ó percibido. También es más probable que el nivel de servicio deseado suba; mientras que el servicio percibido parece moverse fácilmente hacia arriba o hacia abajo.

Desde un enfoque de ciudadanía (Miranda, 1994) refiere que la calidad de atención es comprendida como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios. Son derechos inalienables el acceso al tratamiento sin considerar raza, creencia, sexo, origen o procedencia de pago del tratamiento, respeto y dignidad en todo momento, tiene derecho también a su privacidad personal y de información respetándole sus decisiones, tiene derecho a saber la identidad de los individuos que le prestan servicio y por último tiene derecho a rehusar el tratamiento hasta donde se lo permita la ley y bajo su petición y su cuenta, tiene derecho a consultar con otro profesionales de salud.

### **Satisfacción del usuario**

Según Donabedian, la satisfacción del usuario constituye uno de los aspectos más importantes para evaluar la calidad de atención sanitaria y por ello las organizaciones de salud hacen muchos esfuerzos por medirla. El nivel de satisfacción o insatisfacción es una expresión de las percepciones que tienen los usuarios de la atención de salud recibida.

El autor también afirma que una primera aproximación a las percepciones que tienen los usuarios respecto a la atención de salud, requiere ser medida a través del nivel de satisfacción.

Para ello, las metodologías e instrumentos se han ido perfeccionando, y ahora se cuenta con instrumentos estandarizados que son usados sistemáticamente por las organizaciones de salud como parte de sus planes de mejoramiento de la calidad. En este sentido hay que precisar que el instrumento básico para medir la satisfacción de los usuarios fue desarrollado por Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993), denominado SERVQUAL.

Según algunos autores, este instrumento mostró dificultades al trasladar las dimensiones consideradas al sector sanitario, dada la naturaleza del servicio sanitario en el que la interacción proveedor-consumidor es más intensa. En este mismo sentido se pronuncian

muchos autores Ford, Bach y Fottler, (1997); Youssef, Nel y Bovaird (1995); Scardina, (1994); Babakus y Mangold (1992), quienes, partiendo del modelo propuesto por Zeithaml, Parasuraman y Berry la modifican y la adaptan al sector sanitario.

El MINSA (2002) sistematizó y estableció los criterios técnico-normativos para la implementación de encuestas de satisfacción de usuarios externos de los servicios de salud en el Perú. Menciona que conocer las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica.

Agrega el MINSA, que para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y, sobretodo, de que obtenga el servicio que procura. Además menciona que la satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios, no obstante, resulta difícil evaluarla; los métodos y las medidas para la recolección de datos suelen influir en las respuestas del usuario.

El MINSA reconoce que existen dos tendencias en la evaluación de la satisfacción del usuario; una de ellas privilegia métodos, técnicas e instrumentos cuantitativos en el supuesto que aseguran mayor objetividad, en parte, debido a la mayor homogeneidad de los instrumentos utilizados.

Según el MINSA, la otra tendencia crítica la aparente superficialidad de los métodos cuantitativos donde los problemas y las causas fundamentales muchas veces no emergen o quedan encubiertos; en tal sentido, promueve la utilización de métodos y técnicas cualitativas que permiten abordajes en profundidad de los problemas de calidad percibidos por los usuarios, así como de sus potenciales soluciones. El MINSA sugiere que deben ser asumidos como modalidades complementarias que permitan profundizar la información sobre problemas previamente detectados por métodos cuantitativos.

- **Con relación a la atención durante la consejería:**

El modelo propuesto por Donabedian (1989), evalúa tres áreas: estructura, procesos y



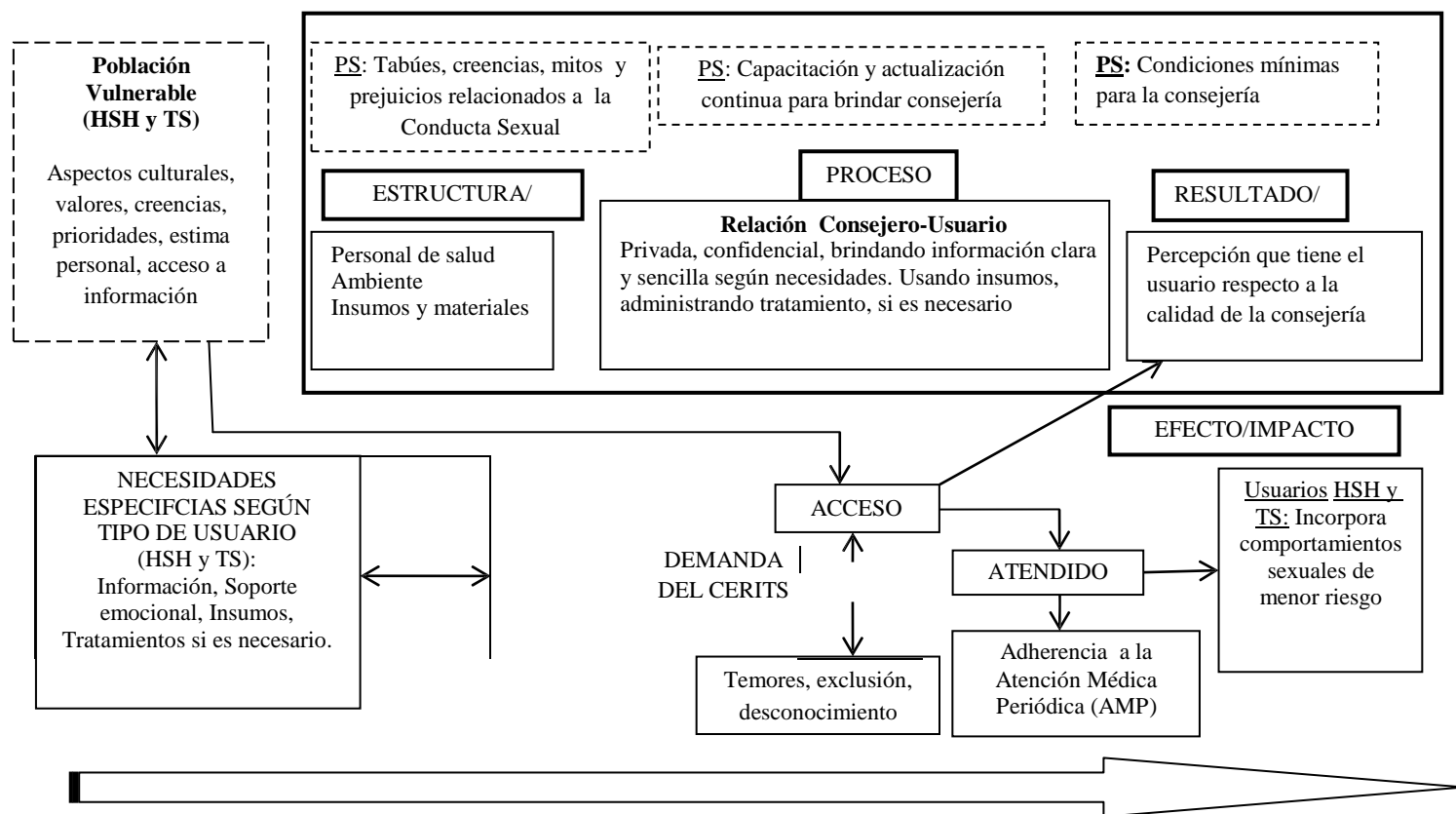
resultados. La estructura hace referencia a todos los atributos (materiales y organizacionales) que intervienen en la atención. Los procesos corresponden al contenido de la atención e incluyen todo lo que los proveedores de atención hacen por los usuarios, así como la habilidad con la que lo llevan a cabo. Los resultados hacen referencia a lo que se obtiene para el usuario. Un resultado supone un cambio en el estado de salud, para bien o para mal, que puede atribuirse a la atención. También menciona que la actuación científico-técnica se compone de las siguientes dimensiones: en primer lugar, el correcto diagnóstico y tratamiento; en segundo lugar, la relación interpersonal, que es la valoración del servicio sanitario de personal de salud que interactúa de alguna forma con el usuario.

En tercer lugar Donabedian (1990) hace referencia al entorno, en el que se incluyen elementos como el grado de confort, los servicios de hotelería, el sistema de información, la situación de privacidad en la que se atiende al paciente.

En el presente estudio se utilizó este enfoque para construir un modelo lógico y secuencial, que permita identificar y examinar los elementos de estructura, tales como las características del ambiente, la disponibilidad de insumos y materiales necesarios para brindar la consejería. También nos aproximaremos a los procesos de interacción consejero- usuarios y en términos de resultado se medirá la percepción de calidad de los usuarios de la consejería.

El siguiente gráfico muestra el enfoque adaptado al estudio de la consejería en ITS VIH brindada a la población vulnerable (HSH y TS) en los CERITTs, teniendo en cuenta el enfoque sistémico de Donabedian:

**Gráfico N°01**  
**Gráfico del enfoque sistémico de Donabedian adaptado al estudio de Consejería en ITS VIH**  
**brindada a la población vulnerable (HSH y TS) en los CERITS**



Fuente: Autoría propia, adaptado del enfoque sistémico de Donabedian para el análisis de la atención de salud.

## 2.4 Marco Conceptual y Glosario

Para el presente estudio se ha teniendo como referencia, el marco normativo nacional relacionado a la Atención Médica Periódica y la Consejería en ITS VIH/SIDA; establecidos en las siguientes normas:

1. Norma técnica de la Atención Médica Periódica (AMP) aprobada por resolución ministerial N° 650-2009/MINSA
2. Guía Nacional de Consejería en ITS/VIH SIDA , aprobada por resolución ministerial N° 264-2009/MINSA; se definen los siguientes términos:

- **Atención Médica Periódica (AMP)**

Se define como el control sistemático y periódico en busca de infecciones de transmisión sexual (ITS) que se realiza a los/as trabajadores/as sexuales y HSH, no importando su estado

serológico (Sífilis, VIH/SIDA) con una periodicidad de 30 días. La atención Médica Periódica debe realizarse en los Centros Especializados de Referencia de ITS/VIH/SIDA (CERITSS), Centros de Referencia de ITS (CERITS) o en las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) reconocidos a nivel nacional en ITS VIH/SIDA.

- **CERITSS**

Son servicios de salud que brindan AMP y se ubican en Hospitales o Centros de Salud, cuentan con recursos humanos capacitados para el manejo clínico, diagnóstico de laboratorio y consejería; disponen de infraestructura adecuada, equipamiento de laboratorio para pruebas confirmatorias para sífilis y de cultivo para el diagnóstico de gonorrea, insumos y medicamentos específicos. Ofertan el diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS a población general y poblaciones vulnerables.

- **Población Vulnerable**

Antes llamados Grupos de Elevada Prevalencia para las ITS y VIH/SIDA (GEPETS) como: Trabajadoras/es Sexuales y sus clientes, Hombres que tiene Sexo con otros Hombres (se incluye a la población TRANS: travestis, transgéneros y transexuales), personas privadas de su libertad, población itinerante (poblaciones móviles), y personal de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional; Menores en Riesgo Social (MRS); personas con ITS u otros segmentos de la población identificados a través de estudios socio-epidemiológicos.

- **Consejería en ITS VIH SIDA**

Proceso de información, orientación y soporte, que permite analizar y explorar junto con el/la consultante, en forma individual, los factores de riesgo de las ITS y de otros temas relacionados con la prevención y el tratamiento. La Consejería en ITS y VIH SIDA utiliza la técnica de las 4C, que son una forma de recordar los principales pasos que ayudan a consolidar el manejo del caso, ellas son: Consejería, Cumplimiento del tratamiento, Contactos (o notificación a parejas sexuales) y Condones. El tiempo estimado para la consejería es de 30 a 45 minutos.

- **Trabajador/ra Sexual (TS)**

Persona que tiene como actividad económica el intercambio de sexo por dinero u otros bienes, está considerado/a dentro de las poblaciones vulnerables, por su alto recambio de parejas sexuales y alta exposición a las ITS.

- **Hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH)**

Son hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, en este grupo están incluidos los grupos de la diversidad sexual, como la población TRANS: travestís, transgéneros y transexuales.

## **CAPITULO 3.- IDENTIFICACION DE VARIABLES**

### **3.1 Variables Independientes**

- **Ambiente en donde se realiza la consejería**

Es el lugar del establecimiento de salud de uso exclusivo para la consejería en ITS VIH SIDA y que garantiza la privacidad y la confidencialidad. En un ambiente tranquilo, sin ruidos, iluminado que brinda comodidad.

- **Competencia técnica del consejero(a)**

Referida a las capacidades del consejero(a), basadas en su experiencia y en su actualización y capacitación que asegure su adecuado desempeño, expresado en las siguientes características: el usuario se siente cómodo con el consejero al abordar su comportamiento sexual, tiene confianza en sus orientaciones y recomendaciones porque son pertinentes con sus necesidades y las comprende y entiende con claridad.

Además, el usuario no se siente juzgado por el consejero, ni estigmatizado, ni discriminado y reconoce su destreza en la administración de tratamientos médicos.

- **Atención del consejero(a)**

Referida a la atención del consejero(a) expresada en el tiempo de duración de la consejería, la accesibilidad de los horarios de atención, las interrupciones durante la consejería y los costos que ésta puedan ocasionarle al usuario.

- **Insumos y materiales brindados en la consejería**

Referida a la disponibilidad de materiales educativos de apoyo durante la consejería, así como la suficiente provisión de condones, medicamentos e insumos (jeringas, guantes, entre otros) que garanticen que los usuarios reciban lo necesarios según cantidades establecidas por las normas.

### **3.2 Variables Dependientes**

- **Percepción de la atención en la consejería en ITS VIH SIDA desde el usuario**

Referida a la valoración que tiene el usuario respecto a la atención de la consejería propiamente dicha y al desempeño del consejero(a) durante la misma.

- **Percepción de la atención de la consejería en ITS VIH SIDA desde el consejero(a)**

Referida a la valoración que tiene el consejero(a) respecto a la atención brindada a sus usuarios durante la atención de consejería en ITS VIH SIDA.

## **CAPITULO 4.-METODOLOGIA**

### **4.1.- Tipo y Diseño de la investigación**

La presente investigación combinó tres tipos de estudio: en una primera fase utilizó un estudio de tipocuantitativo, seguida de un segunda fase con un estudio de tipo cualitativo y una tercera y última fase de triangulación que hizo posible la aproximación de los estudios antes mencionados.

#### **a. Diseño Cuantitativo:**

En esta primera fase cuantitativa, el estudio tuvo un diseño descriptivo transversal representativo, descriptivo en la medida en que midió el grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención en la consejería en ITS VIH SIDA que se brinda en los CERITTS.

#### **b. Diseño Cualitativo:**

En la segunda fase, el estudio hizo uso de una lógica descriptiva de tipo cualitativa, porque identificó los elementos estructurarles necesarios para brindar la consejería relacionados al ambiente en donde se da la consejería. También se evaluó la disponibilidad de insumos y materiales, así como el tiempo de duración de la consejería y los costos que generaba a los usuarios. Otro aspecto de estudio fue la relación interpersonal entre el consejero y el usuario.

#### **c. Triangulación:**

Esta fase permitió la aproximación de la fase cuantitativa y cualitativa frente a la misma pregunta de investigación. En el presente estudio se usaron diferentes tipos de triangulación:

- La *triangulación metodológica*, pues mediante el método cuantitativo se midieron magnitudes relacionadas a variables vinculadas a la percepción que tiene los usuarios respecto a la consejería en ITS VIH SIDA; y en un según momento mediante la metodología cualitativa se profundizó en la investigación de las variables que así lo requería según los resultados de la fase cuantitativa.
- *Triangulación de datos* pues los datos procedieron de distintas fuentes de información.
- *Triangulación teórica*: fue la etapa en la que la información cuantitativa “dialogó” con la información cualitativa, es decir analizando su complementariedad y concordancia.

#### **4.2.- Unidad de análisis**

La presente investigación se realizó en seis centros de salud de Lima y Callao que cuentan con servicios especializados en ITS y VIH SIDA conocidos como: Centros Referenciales para la Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual VIH SIDA (CERITTS). Estos fueron:

1. Centro de salud Alberto Barton (Callao)
2. Centro de salud Raúl Patrucco (Cercado de Lima)
3. Centro de salud Surquillo (Surquillo)
4. Centro de salud Tawuantinsuyo (Comas)
5. Centro de Salud San José (Villa el Salvador)
6. Centro de Salud Piedra Liza (San Juan de Lurigancho)

Los participantes en el estudio fueron los usuarios del CERITTS: hombres que hacen sexo con hombre (HSH) y los y las trabajadoras sexuales (TS).

También participaron seis consejeros (as), uno por cada CERITTS.

#### **4.3.- Población de estudio**

Son la población vulnerable: hombres que hacen sexo con hombre (HSH) y los/las trabajadoras sexuales (TS) que asisten a los CERITTS de Lima y Callao, participantes en la presente investigación.

#### **4.4.- Tamaño de la muestra**

La muestra fue de 144 usuarios: 72 fueron trabajadoras sexuales (TS) y 72 hombres que hacen sexo con hombres (HSH). Fue calculada con un nivel de confianza de 95%, con una precisión de 8%, con una satisfacción esperada del 70% y con un nivel de pérdida de 10%.



#### **4.5.- Selección de la muestra**

A pesar de garantizarse un tamaño de muestra representativa proporcional para cada CERITTS, en la práctica, su representatividad fue limitada, porque la selección de la muestra se hizo por conveniencia y por cuotas ya que fue imposible en la práctica una selección aleatorizada que le dé una mayor representatividad.

El criterio de inclusión que se utilizó fue el ser usuario de los servicios del CERITTS de un establecimiento ubicado en Lima y Callao, participante en el estudio.

Como criterios de exclusión se utilizaron el ser usuario de los demás servicios del centro de salud participante y ser un usuario del CERITSS diferente a la población vulnerable (HSH y TS).

#### **4.6.- Técnicas de recolección de datos**

En el presente estudio, antes de iniciar la recolección de datos, se hizo coordinaciones previas con los jefes de los seis establecimientos participantes para asegurar las facilidades que garanticen una óptima y adecuada recolección de datos.

##### **a. Validación**

El instrumento de la fase cualitativa (encuesta estructurada) fue validado en campo. Se aplicaron 10 encuestas en uno de los CERITTS participantes, ello permitió asegurar su comprensión. Así también se validó el libro de códigos y la base de datos elaborada para el procesamiento y análisis.

##### **b. Recolección de datos en la fase cuantitativa**

La técnica de recolección de datos cuantitativos, fue la entrevista a la población vulnerable (HSH y TS) que asistía a la atención médica periódica (AMP) en horarios establecidos por el establecimiento de salud. Para ello se utilizó como instrumento de recolección una encuesta estructurada, que tomó como base para su elaboración, el instrumento de SERVQUAL modificado y que ha sido validado por el Ministerio de Salud.

También se establecieron mecanismos de supervisión por encuestador e inmediatamente después de haber encuestado se hicieron revisiones al azar para asegurar la confiabilidad de los datos.

Las variables medidas a través de la encuesta fueron:

- La interacción consejero(a)- usuario fue medida a través de indicadores tales como: interés, confianza, y sentimiento de ser juzgado y estigmatizado por el consejero(a).
- La competencia técnica del consejero (a), fue medida a través de la pertinencia de su consejo, la comprensión del mismo y su destreza en la administración de tratamiento médico.
- Las características del ambiente fueron medidos en términos de exclusividad, privacidad, comodidad durante la consejería.
- La disponibilidad de insumos y materiales necesarios fue medida según lo establecido por la normatividad vigente.
- La percepción del usuario respecto a la atención de la consejería se midió a través de la confianza en el consejero y su decisión de regresar o no, para ser atendido por el mismo consejero (a).

### **c. Recolección de datos en la fase cualitativa**

La recolección de datos cualitativos, fue planteada en tres momentos:

- En un primer momento se realizaron seis entrevistas a profundidad al consejero(a) encada uno de los CERITTS, participantes en la presente investigación. De esta manera se vinculó la competencia técnica con la capacitación recibida y los años que se desempeñaba como tal y su percepción respecto a la atención brindada a los usuarios de la consejería.
- En un segundo momento se utilizó la observación de la atención a doce usuarios (seis TS y seis HSH), dos en cada CERITTS, lo que permitió elaborar los flujogramas de atención.
- En un tercer momento se utilizó la técnica de usuario simulado, que consistió en la participación de una Trabajadora Sexual (TS) y un Hombre que tiene Sexo con Hombre (HSH) en el servicio de consejería de los seis CERITTS, lo que permitió describir la atención del consejero(a) teniendo como referente las recomendaciones especificadas

en la Guía de Consejería en ITS y VIH/SIDA y según necesidades de información y consejo de cada uno de los usuarios arriba descritos. El instrumento de recolección de datos en este caso fue una grabadora que permitió dejar testimonio del uso del servicio. Finalmente se realizaron dos grupos focales, uno con HSH y otros con TS.

#### **4.7.- Análisis e interpretación de la información**

- **Con los datos obtenidos en la fase cuantitativa**, se construyó una base de datos en excell en función del libro de códigos previamente elaborado. Se hizo un control de calidad del ingreso de datos mediante la revisión al azar de las encuestas ingresadas a la base. Se elaboraron tablas de frecuencia simple de las variables que caracterizan a la población vulnerable (PV) y de las variables independientes y dependientes.

La fase de análisis se inició con el transporte de la base excel a SPSS con el fin de aplicar las pruebas de hipótesis, utilizándose las pruebas de Chi cuadrado para ver la significancia de la medición de las variables. Las frecuencias cruzadas relacionaron en un primer momento las variables independientes con la percepción general del usuario respecto a la consejería y al consejero (a). En un segundo momento, a través del OR se midió la intensidad de la relación o asociación entre las variables independientes y la percepción de los usuarios.

- **Con los datos obtenidos en la fase cualitativa**, en un primer momento se grabaron las entrevistas a profundidad a los consejeros (as), se organizó la información obtenida mediante los flujogramas, se grabó también las grabaciones de los usuarios simulados y los grupos focales con usuarios (HSH y TS). Para el procesamiento se usó el software de Atlas Ti, organizando la información según frases claves.
- **El análisis de Triangulación entre datos cualitativos y cuantitativos**, consideró la presentación combinada de los resultados tanto cuantitativos como cualitativos, que permita mostrarlos de manera integral y que mediante el cruce de información de las diferentes fuentes, permita mostrar con claridad y coherencia las concordancias y diferencias que existían en las variables.

Seguidamente se privilegió el análisis cualitativo de aquellas variables que en el estudio cuantitativo tuvieron una mayor intensidad de relación o asociación con la percepción

general de calidad de los usuarios; la triangulación con estas variables permitió generar hipótesis para futuros estudios.

La discusión fue organizada teniendo en consideración las variables de estudio. Esto es:

- Ambiente en donde se realiza la consejería
- Competencia técnica del consejero(a)
- Atención del consejero(a)
- Insumos y materiales brindados en la consejería
- Percepción de la atención en la consejería en ITS VIH SIDA desde el usuario
- Percepción de la atención de la consejería en ITS VIH SIDA desde el consejero(a)

## CAPITULO 5.- RESULTADOS Y DISCUSION

### 5.1Presentación de resultados

#### a. Características Generales de los participantes en el estudio

- **Tipo de participantes:**

La mayoría de participantes (el 61.9%) procedían del CERITTS Alberto Barton (Callao) y del CERITTS Raúl Patruco (Cercado de Lima), que son los establecimientos de salud más antiguos y que brindan exclusivamente atención integral dirigida a los grupos vulnerables a las enfermedades infecciosas de transmisión sexual (HSH y TS).

El CERITTS Alberto Barton del Callao funciona exclusivamente como CERITTS en el turno de tarde y el CERITTS Raúl Patruco atiende en todos sus horarios exclusivamente a la población vulnerable. (Ver Cuadro N° 01)

Cuadro N°01

Tipo de usuario según establecimientos de salud						
Establecimiento de Salud	USUARIO					
	TS	%	HSH	%	Total	%
Piedra Liza	6	08.4	7	09.6	13	09.0
Villa el Salvador	8	11.1	6	08.4	14	09.7
Alberto Barton	24	33.3	23	31.9	47	32.7
Surquillo	5	06.9	9	12.6	14	09.7
Tawantinsuyo	4	05.6	10	13.9	14	09.7
Raul Patruco Puig	25	34.7	17	23.6	42	29.2
Total	72	100	72	100	144	100

- **Condición de los usuarios**

La mayoría de los usuarios eran continuadores siendo la razón entre continuadores y nuevos de 8, con un rango que va desde 6/1 hasta 12/1. (Ver Cuadro N°2)

Cuadro N° 02  
Condición de los usuarios del CERITTS

CONDICION	TS	%	USUARIOS		Tota	%
			HS	%		
Nuevo	9	4.5	7	9.7	16	11.1
Continuador	63	95.5	6	90.3	128	88.9
Total	72	100	7	100	144	100

- **Datos demográficos de los usuarios**

La edad promedio del grupo de estudio fue de 29 años, con una desviación estándar de 7 años y un rango de 18 a 54 años de edad. Estos valores son los mismos para cada uno de los tipos de usuarios y solo en el caso de los HSH se presenta un rango diferente de 18 a 49 años.

En cuanto al estado civil la mayoría son solteros, por otro lado, si existe diferencias estadísticamente significativas según tipo de usuario, donde el 25% de las TS son entre casadas y convivientes, no ocurre esto en los HSH. (Ver Cuadro N°03)

Cuadro N°03  
Estado Civil según tipo de usuario

ESTADO CIVIL				USUARIO		Total	%
		TS	%	HS	%		
Soltero	53	73.6		69	95.8	122	84.7
Casado		6	08.4	1	01.4	7	04.9
Conviviente	12	16.6		1	01.4	13	09.0
Divorciado/separado	1	01.4		1	01.4	1	01.4
Total		72	100	72	100.0	144	100.0

p-valor con Chi-cuadrado = 0.002

Según procedencia por provincias no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la población del Callao y la de Lima; la mayoría viene de los distritos de Lima; siendo la mayor proporción del Distrito de San Juan de Lurigancho.

En el Callao corresponde el mayor porcentaje al Cercado (la parte céntrica) (9%). Los otros distritos se encuentran en un rango de 0.7% que corresponde a un usuario hasta el 6.9% que corresponde a 10 usuarios. (Ver cuadro N°04).

Cuadro N°4  
Procedencia según tipo de usuario

PROVINCIA	USUARIO					
	TS	%	HSH	%	Tota	%
Lima	59	81.9	52	72.2	111	77.0
Callao	13	18.1	20	27.8	33	23.0
Total	72	100.0	72	100.0	144	100.0

En cuanto al grado de instrucción, la mayoría de participantes tiene instrucción secundaria, no existiendo diferencias estadísticamente significativas, según el tipo de usuario, el 26% de HSH tenían educación superior. (Ver cuadro N°05)

Cuadro N°5  
Grado de Instrucción según tipo de usuario

GRADO DE INSTRUCCION	USUARIO					
	TS	%	HSH	%	Tota	%
Primaria	5	06.9	1	01.4	6	04.2
Secundaria	52	72.2	48	66.7	100	69.4
Superior	15	20.8	23	31.9	38	26.4
Total	72	100.0	72	100.0	144	100.0

Chi2 p-valor = 0.1

#### **b. Satisfacción de los usuarios**

Cuando se le pidió al usuario que califique la atención recibida del servicio de Consejería, se observó que existe un 10% aproximadamente que califica de regular a malo, la mayoría la calificó como buena. No encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre las TS y los HSH. (Ver Cuadro N°06)

Cuadro N°6  
Calificación de la atención recibida por el Consejero

ATENCION DEL CONSEJERO	USUARIO				Tot	%
	TS	%	HS	%		
Excelente	9	12.5	20	27.8	29	20.1
Bueno	54	75.0	45	62.5	99	68.8
Regular	7	09.7	6	08.3	13	09.0
Mala	2	02.8	1	01.4	3	02.1
Total	72	100.0	72	100.0	14	100.0

Chi2 pvalor = 0.14

Así mismo si se observala percepción general de la calidad de atención del consejero(a) según establecimiento de salud (cuadro N°7)es similar.Esto hace pensar que en general el usuario percibe la forma de atención del consejero como buena.

Cuadro N° 07  
Calificación de la atención del consejero(a) desde la perspectiva del usuario,  
según CERITTS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CALIFICACION DE LA CONSEJERA				
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Total
Piedra Liza	6	4	1	2	13
Villa El Salvador	1	9	4	0	14
Alberto Barton	12	31	3	1	47
Surquillo	3	11	0	0	14
Tawantinsuyo	6	6	2	0	14
Raul PatrucoPuig	1	38	3	0	42
Total	29	99	13	3	144

Otra de las preguntas sobre la atención del consejero (a) fue “¿Si usted tiene que venir otra vez acudiría otra vez con el mismo consejero(a)?”. Cómo se puede apreciar en el cuadro N°8, el 88% (128/144) del total de la población de estudio refirió que la atención en la consejería es excelente o buena, y esa misma población también expresó que acudiría nuevamente con el mismo consejero, a excepción de unas 15 personas a las que le resultaba indiferente.



Cuadro N° 08  
Decisión del usuario de acudir al mismo consejero

CALIFICACION DEL CONSEJERO	ACUDIRÍA CON EL MISMO CONSEJERO			
	Si	No	Indiferente	Total
Excelente	27	2	0	29
Bueno	82	2	15	99
Regular	5	3	5	13
Malo	0	3	0	3
Total	114	10	20	144

Al encontrar no más de 10% de usuarios insatisfechos y que el 88% de usuarios acudiría otra vez con el mismo consejero(a); se analizaron las características de la relación consejero-usuario.

- **Una aproximación a la relación consejera- usuario(a)**

Según los testimonios de los usuarios simulados, en la mayoría de los casos el inicio de la consejería fue adecuado. Cabe destacar el testimonio de un usuario simulado que manifestó que, la consejera (el total de consejeros participantes fueron mujeres) fue creando un ambiente de cordialidad, confianza y naturalidad para ir poco a poco abordando de manera clara y sencilla el tema central, que en este caso tenía que ver con el uso irregular del preservativo. Empáticamente le dice:

*“todas las personas seamos heterosexuales, bisexuales, homosexuales estamos expuestos al VIH el hecho de que tengamos una pareja sexual no nos excluye del contagio”*

Sin embargo en otro caso, cuando fue atendido un usuario HSH del grupo de los Trans, lo llama por su nombre masculino a pesar que el usuario le dice que tiene un nombre social por el que usualmentese hace llamar. Esta actitud de la consejera deterioró desde el inicio la relación consejera-usuario, agudizándose por el uso de un lenguaje parco y poco claro.

Por el contrario mediante la observación de procesos se encontró que en uno de los CERITTS, la historia clínica del usuario Transtenía escrito en letras de gran tamaño el nombre social del usuario, (dentro de la Historia clínica estaba registrado el nombre legal). Ese hecho generaba satisfacción en el usuario al sentirse aceptado en el establecimiento y ello favorecía desde el inicio la relación consejera- usuario.

- **Comodidad con al abordar su vida sexual**

Cerca del 80% de los usuarios del presente estudio se han sentido cómodos con las preguntas relacionadas a su vida sexual que le hacia el consejero(a), no existiendo diferencias estadísticamente significativas según el tipo de usuario.

Si se relaciona la comodidad por las preguntas del consejero(a) con la calificación que hace el usuario de su atención, se observa que la magnitud de asociación es estadísticamente significativa.

En ese sentido la forma de comunicación que establece el consejero(a) es un elemento que debe tenerse en cuenta. (Ver cuadro N°09)

Cuadro N°09  
Relación entre preguntas del Consejero(a) y calidad de atención,  
Según el usuario

COMODIDAD POR LAS PREGUNTAS DEL CONSEJERO	CALIFICACION DE LA ATENCION DEL CONSEJERO				Total
	Excel Bueno	Regular	Malo		
Si	26	81	7	1	115
No	1	10	4	0	15
Indiferente	2	8	2	1	13
No hizo preguntas	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>99</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>144</b>

Chi2 p-valor = 0.01 OR = 4.8 (IC 95% = 1.2-18.7)

Cualitativamente se encontró que la mayoría de consejeras e incluso los profesionales médicos explican con detalle y sencillez los síntomas de las ITS y el VIH, haciendo uso de material educativo especialmente cuando el usuario tenía que firmar el consentimiento para la prueba de VIH. Las habilidades de algunas consejeras para crear desde el inicio un ambiente de cordialidad y aceptación permitían que los usuarios se sientan cómodos.

- **Confianza en el consejero(a):**

Cuando se le preguntó al usuario si tenía confianza en el consejero(a), el 87% de ellos considera que si, no existiendo diferencias significativas según tipo de usuario; sin embargo cuando se cruzó la información con la calidad de atención se observó una fuerte asociación; por lo tanto se puede decir que la calificación que hace el usuario está íntimamente a la confianza que le brinda el consejero(a). (Ver Cuadro N°10)

Cuadro N° 10  
Asociación entre la confianza y la calificación del Consejero

CONFIANZA DEL CONSEJERO	CALIFICACION DE LA ATENCION DEL CONSEJERO				Total
	Excelente	Bueno	Regular	Mala	
Si	27	94	4	0	125
No	2	5	9	3	19
Total	29	99	13	3	144
Chi2 p-valor = 0.00001 OR = 51 (IC 95% 13-202)					

La profundización cualitativa en este aspecto permitió destacar que la mayoría de consejeras cuentan con habilidades para crear una atmosfera de confianza, cordialidad y naturalidad para ir abordando poco a poco el tema central de la consejería, según conducta de riesgo de los usuarios.

- **Sentimiento de juzgamiento**

Cuando se preguntaba al usuario, si se había sentido juzgado, el 94% de los entrevistados respondía que no, sin embargo examinando según tipo de usuario, se observa una diferencia estadísticamente significativa en este aspecto (chi2 p-valor = 0,02), donde el 10% las trabajadoras sexuales dijeron que si se sintieron juzgadas, a diferencia del 1% en el caso de los HSH.

Al examinar la relación entre la actitud de juzgamiento del consejero(a) con la percepción del usuario respecto a su atención, se tiene una fuerte asociación como se muestra en el Cuadro N°11. Esto significa que juzgar a las TS o a los HSH influye en la percepción de calidad de la atención del consejero(a).

Cuadro N°11  
Relación entre la actitud de juzgamiento del consejero(a) y  
La calificación del usuario

ACTITUD DE JUZGAMIENTO	LA ATENCION DEL CONSEJERO				Total
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	
Si	1	2	5	0	8
No	28	97	8	3	136
Total	29	99	13	3	144
Chi2 p-valor 0.0004 OR = 0.52 (IC 0.01-0.25)					

Mediante los grupos focales y los usuarios simulados, se reafirmaron los sentimientos de juzgamiento en las TS. Los HSH también expresaron sentimientos de juzgamiento.

### **El personal de salud, el estigma y la discriminación**

Cualitativamente se identificó que el personal de salud que laboraba en áreas diferentes a la Atención Médica Periódica (admisión, limpieza, portería e interconsultas con otros profesionales), estaban relacionados con algún tipo de insatisfacción ligada al estigma y a la discriminación.

Por ejemplo en los grupos focales manifestaron (refiriéndose al personal de enfermería):

*“no saben tratar al público, puede ser técnica pero por una sonrisa no se van a morir”*

Un HSH manifestaba:

*“el doctor es muy renegón, a veces cuando yo no iba a mis citas me resonaba feo, ya me daba temor ir y por eso me cambié”*

Una TS comparte la siguiente experiencia:

*“Había una señora que era personal de limpieza y nos trataba mal, hasta de “P” nos decía. Nosotras les decíamos que el hecho de que seamos TS no nos hace diferente, también somos madres de familia; empezó a participar de talleres, charlas y todo eso ha hecho que mejore poco a poco. La señora Rosita ahora nos saluda muy bien, no sé si hipócritamente pero ha mejorado”*

Una TS comparte el siguiente testimonio:

*“Tenemos muchos años trabajando con el Dr., es muy entusiasta formamos un comité, todos hemos apoyado de muchas formas, .....no sucede en otros sitios”*

- **Respuesta según necesidad de información y entendimiento del mensaje**

En 91% de los usuarios del estudio refirieron que recibieron información y consejo de acuerdo a sus necesidades y el 95% manifestó haber entendido las recomendaciones que les habían dado, no existiendo ninguna diferencia proporcional según el tipo de usuario.

Si se examina la influencia de las orientaciones y consejos pertinentes con las necesidades de los usuarios y la comprensión de los mismos en la calificación de la consejera, se encontró una asociación estadística significativa entre cada una de esas variables.

Desde la perspectiva del usuario, el responder adecuadamente a sus necesidades y el hacerse entender fue un factor que influyó en la percepción favorable de la atención brindada por el consejero. (Ver Cuadro N°12)

Cuadro N°12  
Relación entre las respuestas a sus necesidades como usuario y su entendimiento  
Con la Percepción de la Consejería

RESPONDE A SU NECESIDAD	ATENCION DEL CONSEJERO				Total
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	
Si	26	94	11	1	132
No	3	5	2	2	12
Total	29	99	13	3	144
Chi2 p-valor = 0.001 OR = 5 (IC 95% = 1.3-19)					
ENTENDIERON					Total
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	
Si	28	98	10	1	137
No	1	1	3	0	5
No diorecomendaciones	0	0	0	2	2
Total	29	99	13	3	144
Chi2 p-valor = 0.0001 OR = 17 (IC 95% 2.5-113)					

Cualitativamente mediante los usuarios simulados se encontró que en algunos casos los usuarios reconocían la experiencia de las consejeras al abordar los temas vinculados a los comportamientos sexuales evidenciando empatía en algunas de ellas y habilidades en uso de materiales de apoyo como por ejemplo el dildo para explicar de manera muy sencilla, clara y directa las conductas de riesgo.

También se encontró otro caso: una consejera con un lenguaje parco y poco claro, ella ejercía doble función: era consejera y también hacía la toma de muestra. En los grupos focales, un HSH compartió el siguiente testimonio:

*“...no le entendía (refiriéndose al lenguaje de la consejera)...Me dijo: mi trabajo es entregarte tus insumos, y explicarte tus resultados: lo único positivo es el diplococo gram-negativo pero no sabemos qué tipo de diplococo será. En una semana vienes, la doctora te va entregar los resultados y vas a iniciar tratamiento”*

Sin embargo en la siguiente consulta con la doctora recibió consejería y atención médica quedando el usuario satisfecho con la atención. En otro caso, aun cumpliendo doble función, la

consejera fue eficiente y asumió ambos roles adecuadamente, al respecto el usuario simulado mencionó:

*“al comienzo me confundí, porque pensé que me estaban dando la consejería o no sé si es un acuerdo pero me daba consejería previa a la toma de muestra”*

En otro caso a la consejera le costó abordar el tema sexual de manera directa *“dilatan el tiempo...yo tuve que presionar....inducir el tema sexual...”*, reportaba un usuario simulado.

*“dilatan mucho el tiempo, la señorita se tomaba su tiempo, siempre queriendo ser amable y simpática, dándote confianza... pero sentí que le costaba hablar de sexo, me decía...las diferentes clases de sexo... yo tuve que presionar...inducir: sexo oral, anal, vaginal. Yo soy entendida pero la mayoría de compañeras no lo son. Otras consejeras te lo dicen directamente, aun siendo temas fuertes.”*

Cabe destacar que en uno de los casos, la consejera atendió al contacto de la TS. Las expresiones de la usuaria muestra la percepción del contacto atendido

*“mi pareja quedo muy bien impresionado, recibió una cátedra con el dildo, incluso la consejera le pidió que repita la demostración de la colocación del preservativo”*

La mayoría de consejeras y los profesionales médicos que trabajan en el CERITS, explicaban con detalle y sencillez los síntomas de las ITS y el VIH, haciendo uso de material educativo, especialmente cuando el usuario tenía que firmar el consentimiento para la prueba de VIH. Sin embargo no les explican en especial a los HSH la razón por la requieren su nombre legal. Un usuario mencionó:

*“Entonces yo voy a tomar tus datos ahora te voy a hacer firmar un consentimiento, y vas a poder subir al laboratorio para hacerte la prueba”*

En otro de los casos, la consejera le dijo:

*“en el trabajo que realizas se corren grandes riesgos, puede ser violentada sexualmente, puede haber ruptura de condón, tu cliente aparentemente puede verse saludable pero no sabes cómo está su sangre, sus secreciones; debes estar preparada para recibir un resultado reactivo positivo”*

En otro caso, para efectos de la consejería pos-test, luego de explicarle de manera clara y sencilla sus resultados, le dijo:

*“como tú estás haciendo trabajo sexual sería bueno que vinieras a hacerte tus controles porque nosotros tenemos este servicio para ustedes, para las chicas que salen a trabajar a la avenida; y tu puedes venir a chequearte periódicamente”.*

Finalizó la consejería enviándola a farmacia para que le entreguen 120 preservativos y 6 lubricantes. En otro caso, la usuaria permaneció en el servicio desde las 9.30 hasta las 3.30pm (seis horas) y recibió consejería pre y post test con diferentes consejeras. La usuaria manifestó:

*“Si yo hubiera estado en otra situación yo me hubiera ido, es muy tedioso y cansado para las compañeras, creo que no debería haber consejería pre-test, solo post-test”.*

Agregar que para la mayoría de consejeras, cuando el objetivo es la firma del consentimiento firmado para la prueba de VIH, le dedicaban más tiempo a dar información. Cualitativamente, se profundizó en la percepción de la propia consejera respecto a la atención brindada a sus usuarios.

### La consejera

El total de consejeras entrevistadas fueron mujeres, sus edades superaban los 30 años y eran menores de 50 años. El siguiente cuadro (N°13) muestra algunas de las características de la consejera.

Cuadro N°13  
Características Generales de las Consejeras entrevistadas

CERITS /EESS	Profesión	Tiempo de consejera	N° de consejeros en el CERITS
CS A. BARTON	Psicóloga	11 años	4
CS R. PATRUCCO	Enfermera	9 años	10
CS SURQUILLO	Psicóloga	10años	3
CS TAWANTINSUYO	Enfermera	Menos de 5 años	3
HMI SAN JOSE- VES	Psicóloga	Menos de 3 años	1
CS PIEDRA LIZA	Enfermera	6 años	1

También se encontró obstetras y trabajadoras sociales que vienen desempeñándose como consejeras. Cabe mencionar que hay establecimientos que tenían consejeras permanentes y otras eventuales.

En la mayoría de establecimientos se atendía indistintamente a población general (PG) y a población vulnerable (PV), excepto los Centros de salud (CS) Raúl Patrucco y A. Bartón.

Otro aspecto a mencionar es que, en aquellos CERITS que contaban con un insuficiente número de consejeros y/o de médicos que asumieran la parte clínica del paquete de Atención Médica Periódica (AMP), se duplicaban los roles: médicos que cumplían la función de consejeros y

consejeras que realizaban otras atenciones, tales como: el examen clínico, toma de muestras, administración de tratamiento, entre otras,

Una consejera manifestó lo siguiente:

*“la ausencia de la doctora en el CERITTS afecta la consejería ya que quita tiempo para conversar sobre distintos temas con los pacientes, reduciéndose el tiempo de la consejería”*

Mencionaron también que las rotaciones frecuentes del personal técnico afectaba la atención porque desconocen los procedimientos del CERITTS. Mencionan por ejemplo:

*“obvian algunas cosas (se refiere a técnicos de enfermería que son nuevos en el servicio), por ejemplo, deben solicitar a los usuarios el DNI... no les piden y entonces, el usuario pasa a la consejería y no se les puede negar la atención pero también no se les puede brindar la consejería cuando no tienen DNI...”.*

Al respecto mencionaron que para garantizar que la prueba de VIH sea de la persona indicada, se solicitaba el DNI, pues si la prueba confirmatoria (Westerblot) salía positiva no sería posible incorporarlo al tratamiento antirretroviral (TARGA) si legalmente no se tiene seguridad de la identidad del usuario.

### **Fortalecimiento de capacidades de la consejera**

Los años de experiencia como consejera, que en promedio ascendía a siete años son base del empoderamiento evidenciado en la mayoría de consejeras entrevistadas. Durante estos años, el MINSA, el proyecto del Fondo Global y algunas ONG tales como: Impacta. Vía Libre, etc, han estado comprometidos en la capacitación del personal de salud y de los promotores educativos de pares, actividades que paulatinamente han ido disminuyendo.

Sin embargo algunas consejeras mencionaron que acceden todavía a capacitaciones frecuentes. Otras mencionaron que participan en reuniones quincenales de capacitación de una hora de duración, las cuales eran facilitadas por “consejeras capacitadoras” implementadas con materiales adecuados. Agregaron que las reuniones eran obligatorias pues tomaban asistencia y los participantes eran evaluados con pruebas de entrada y salida.

Mencionaron también que antes eran comunes las reuniones conjuntas con otros CERITTS, espacios valiosos para el intercambio de experiencias y mutuo aprendizaje. También mencionaron que en algunos CERITTS organizaban capacitaciones para todo el personal pero



en a la mayoría de establecimientos no les interesa. Agregan que a muchos trabajadores de salud no les motiva atender a la PV.

*“Tratamos de mandar a nuevas personas a capacitarse para ver si les gusta”*

En otro caso mencionaron lo siguiente:

*“Hemos intentado capacitar desde hace tiempo, pero de la parte medica nadie quería, ni en la consejería quisieron apoyar,.....me parece que es por homofobia”*

Los temas de capacitación eran variados entre los mencionados están: las infecciones de transmisión sexual, manejo sindrómico, VIH, consejería, sexualidad, etc. Últimamente han sido capacitados en el tema de estigma y discriminación. En este aspecto, uno de los usuarios entrevistados mencionó

*“... la consejera están bien preparadas y nos explican bien las enfermedades de transmisión sexual...”*

### c. Otros factores vinculados a la calidad de la consejería

#### • Tiempo que le dedicó el consejero(a):

El 93% de los usuarios expresó que el tiempo fue suficiente para contestar sus interrogantes, no teniendo variación según tipo de usuario. El grado de asociación entre el tiempo dedicado a la atención y la calificación que tiene la consejería fue alto, siendo por lo tanto, el tiempo un factor que influye en la percepción favorable que tenía el usuario respecto a la consejería. (Ver cuadro N° 14)

Cuadro N° 14  
Asociación entre el tiempo de atención y la calificación del usuario

TIEMPO SUFICIENTE	_CALIF_CONSEJERIA				
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Total
Si	28	94	11	1	134
No	1	5	2	2	10
Total	29	99	13	3	144

Chi2 p-valor = 0.0026 OR = 6.7 (IC 95% 1.7-17.4)

Mediante la construcción de flujogramas se pudo estimar el tiempo promedio que invertían los usuarios desde que llegan para recibir la Atención Médica Periódica (AMP), hasta su salida del

establecimiento de salud. Dentro de ese tiempo, se estimó también el tiempo promedio que dura la consejería, al ser parte del paquete integral de la AMP,

**Cuadro N°15**  
**Tiempo de duración de la consejería como parte de la Atención Médica Periódica**

<b>CERITTS /EESS</b>	<b>Total de tiempo invertido (Desde la llegada hasta su salida)</b>	<b>CONSEJERIA (Tiempo promedio)</b>
CS A. BARTON	Usuario nuevo: 2 horas, 40 min Usuario continuador: 1 hora, 30 min	Usuario nuevo: 16 min Usuario continuador: 15 min
CS R. PATRUCCO	Usuario Nuevo: 3 horas, 45 min a más Usuario continuador: 3 horas	Usuario Nuevo: 17 min Usuario continuador: 11 min
CS SURQUILLO	Usuario nuevo: 2 horas, 35 min Usuario continuador: 1 hora, 20 min	Usuario nuevo: 34 min Usuario continuador: 12 min
CS TAWANTINSUYO	Usuario nuevo: 2 horas, 25 min Usuario continuador: 1 hora, 45 min	Usuario nuevo: 36 min Usuario continuador: 26 min
HMI SAN JOSE- VES	Usuario nuevo: 3 horas Usuario continuador: 1 hora, 30 min	Usuario nuevo: 32 min Usuario continuador: 28 min
CS PIEDRA LIZA	Usuario nuevo: 2 horas, 50 min Usuario continuador: 1 hora, 15 min	Usuario nuevo: 6 min Usuario continuador: 5 min

En promedio se puede decir que toda la Atención Médica Periódica (AMP) duró menos de tres horas para los usuarios nuevos, excepto el caso del CS R Patrucco donde el tiempo de los usuarios observados superaba las tres horas. Para los continuadores, el flujo requería casi la mitad del tiempo mencionado.

Dentro de la AMP, el tiempo promedio dedicado a la consejería para usuarios nuevos es de 24 minutos y en el caso de los continuadores, la consejería duró 16 minutos. Para el caso de usuarios nuevos, la atención demoraba más, porque los usuarios tenían que pasar por admisión (trámite de Historia Clínica), proceso que se acortaba significativamente en el caso de los continuadores pues la HC se archivaba en el CERITTS.

En el caso del usuario nuevo la primera consejería la hacía la psicología, si es que el CERITTS contaba con este profesional, allí se registraban sus datos (nombres, DNI, firma y el tipo de población que es: HSH, HSH-TS o mujer-TS), y luego obtener el consentimiento informado para la prueba de VIH.

- **Ambiente para la consejería**

Los aspectos evaluados fueron: exclusividad, privacidad, iluminación y comodidad. El siguiente cuadro (cuadro N° 16) se muestran las características de los ambientes en donde se realizaban las consejerías según establecimiento de salud.

Cuadro N°16  
Características generales de los ambientes en donde se realiza la consejería

CERITS /EESS	Exclusividad uso	Privacidad	Iluminación	Comodidad
CS A. BARTON	Si	Si	Si	Si
CS R. PATRUCCO	Si	Si	Si	No
CS SURQUILLO	No	No	Si	No
CS TAWANTINSUYO	No	No	Si	No
HMI SAN JOSE- VES	Si	Si	Si	Si
CS PIEDRA LIZA	No	No	No	No

Como se puede observar hay establecimientos que no contaban con espacios que cumplan con las características establecidas en las normas vigentes, había ambientes que no brindaban privacidad, hay otros que eran muy pequeños; otros que debido al ruido no facilitaban el dialogo con los usuarios.

En los establecimientos con mayores deficiencias en el ambiente de consejería, las consejeras manifestaban que no tenían apoyo de la jefatura y que incluso los habían desalojado de los consultorios de AMP y del ambiente de consejería que fueron implementados con recursos de la cooperación del Fondo Global.

En otro establecimiento, teniendo tres consejeras tenían que turnarse para hacer uso del ambiente de consejería, lo que afectaba la privacidad y confidencialidad, pues este ambiente era también utilizado como almacén de insumos (condones, recetarios, etc).

Un usuario mencionó:

*“..Nos atendieron en un solo ambiente a dos pacientes....el ambiente era pequeño y se escuchaba todo”*

En uno de los casos observados, la consejera trataba de buscar un ambiente en el establecimiento que garantice la confidencialidad y privacidad, sin éxito.

En un establecimiento cuya fortaleza era su infraestructura pues garantizaba la privacidad, comodidad y confidencialidad, uno de los puntos críticos se encontraba en el prolongado tiempo de espera, pues la admisión era tediosa por la apertura de historia clínica que tomaba aproximadamente dos horas, lo cual ocasionaba descontento en los usuarios.

En otro establecimiento, una consejera mencionaba que tenía que dedicarse a atender a población general, brindar soporte a las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) lo que restaba tiempo a la consejería para la PV.

Agregaba que con un caso nuevo la consejería duraba una hora y eso incomodaba a los usuarios continuadores. Preciso que la demanda se incrementaba en la última semana debido a la forma de derivación de los promotores pares (mayor captación de usuarios en la última semana del mes), lo que congestionaba aún más el servicio, afectando la consejería

### **Exclusividad:**

Mediante la observación se comprobó que tres de seis ambientes era de uso exclusivo para la consejería. En ellos se garantizaba una ambientación bastante cálida y familiar: una salita con cómodos sofás. En un grupo focal, un usuario mencionó:

*“..Nos atendieron en un solo ambiente a dos pacientes...el ambiente era pequeño y se escuchaba todo”*

Las consejeras percibían que a los jefes no les motivaba las actividades de salud dirigidas a la PV y priorizaban otros servicios de salud.

*“Nos han desalojado....Otro problema es que las historias clínicas de la PV nos las han entregado y nosotros mismos tenemos que sacar la historia y archivar, porque el establecimiento de salud no se hace responsable”*

### **Privacidad:**

Tres de seis ambientes garantizaban la privacidad y cumplían con el atributo de privacidad establecidos según la norma técnica.

Al relacionar privacidad y percepción de la consejería, se encontró que el 84.7% de los usuarios del estudio refirieron que el ambiente si era suficientemente privado y aseguraba su confidencialidad. Sin embargo el 22.2% de los HSH consideraban que no es así, a diferencia

delas TS que viene a ser el 8.3%, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2$  pvalor=0.021) (Ver Cuadro N°17).

El ambiente influyó en la valoración o calificación de la consejería en forma estadísticamente significativa.

**Cuadro N°17**  
Relación entre ambiente privado y atención del Consejero(a)

AMBIENTE PRIVADO )	CALIFICACION DE LA ATENCION DE LA CONSEJERA				
	Excelente	Buena	Regular	Mala	Total
Si	25	88	9	0	122
No	4	11	4	3	22
Total	29	99	13	3	144

Chi2 p-valor = 0.0008 OR = 5.6 (IC 95% = 1.9-18)

La observación de procesos desde que el usuario llegó hasta que se fue, permitió apreciar en algunos establecimientos de salud, el excesivo ruido de la calle y el sonido de los vehículos que transitaban por el frontis del establecimiento de salud, alcanzaban a llegar hasta los ambientes de la consejería.

### **Iluminación y Comodidad:**

Mediante la observación se verificó que cinco de seis CERITSS contaban con ambientes donde se realizaba la consejería con buena iluminación. Con respecto a la comodidad, sólo dos establecimientos de los seis visitados garantizaban comodidad. En los casos que se improvisaban ambientes de consejería no se garantizaban las mínimas condiciones de privacidad. Había otros ambientes que eran muy pequeños y otros que debido al ruido no facilitaban el diálogo con los usuarios.

### **Interrupciones**

El 18.7% de usuarios refirieron que si hubo interrupciones que no le permitieron hacer preguntas, ni expresar sus preocupaciones. Cuando se analizó por separado de acuerdo al tipo de usuario, se observó que existía un mayor porcentaje de HSH (26.4%) que TS (11.1%) que percibían la interrupciones, estas diferencias son estadísticamente significativas.

**Cuadro N°18**  
**Interrupciones durante la Consejería que no permite la expresión del usuario**

INTERRUPCION	USUARIO	
	TS	HSH Total
Si	8	19 27
No	64	53 117
Total	72	72 144

Chi2 p-valor 0.019

Cuandose estimó el grado de asociación de la interrupción y la percepción del usuario, se encontró que no tenía mayor influencia en la calificación de la consejera. (Ver Cuadro N° 19)

**Cuadro N° 19**  
**Asociación entre la interrupción al usuario y la calificación del Consejero(a)**

INTERRUPCION	CALIFICACION DE . CONSEJERO			
	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Si	5	18		4
No	24	81		9
Total	29	99		13

Chi2 p-valor 0.5 OR = 0.65 (IC 0.19-2.2)

Mediante la observación de procesos, hubo varias interrupciones durante la consejería, sea porque la consejera salía o porque otro personal iba a buscarla. Se encontró coincidencia entre los resultados cuantitativos y cualitativos respecto a los HSH (26.4%) quienes percibían más que las TS (11.1%) las interrupciones durante la consejería.

Uno de los usuarios simulados (HSH) manifestó:

*“me dejó con la palabra en la boca, cuando regresó ya no se pudo retomar el tema....allí nomás terminó la consejería...”*

- Insumos y materiales educativos**

**Suficiencia del número de condones:**

El 72.9% de los usuarios que participaron en este estudio refirieron que los condones que se proporcionaban fueron suficientes, no existiendo diferencia significativa entre la TS y el HSH, con un 69% el primero y el segundo con un 59%.

Tampoco guarda relación estadística entre la percepción de tener suficientes condones y la percepción de consejero ya que cuando se midió la asociación estadística el p-valor es mayor de 0.05 de probabilidad.

Algunas consejeras mencionaron que si bien ha habido periodos de cierta restricción en la provisión de condones, en general el CERITTS estaba bien abastecido. Manifestaron que los pedidos se tramitaban a través de la DISA y la Red de Salud y de la Red llega al CERITTS.

Es más, una consejera mencionaba que *“actualmente hay abundancia pues su disponibilidad es por el proyecto del Fondo Global”*. Uno de los coordinadores mencionó que hace aproximadamente dos años hubo un periodo de desabastecimiento de siete meses. Con respecto a la distribución de condones, refirieron que se hacía según lo establecido por la norma técnica. En algunos casos refirieron dar 100 por trabajadoras sexuales mujeres. En el caso de los HSH, se entrega 20 por consejería de pre test, 20 por consejería de post test y 20 por consejería de ITS.

### **Material educativo:**

Las consejeras manifestaron que es escaso el material educativo y que el MINSA no les provee desde hace varios años. Con el apoyo del Fondo Mundial y de algunas otras organizaciones contaban con este material, sin embargo a veces tenían que sacar copias para agenciarse de algunos folletos. Mencionaron también que las campañas les permitían abastecerse de materiales. Con respecto al tipo de material, contaban con folletos, calendarios, rotafolios para las trabajadoras sexuales y para los HSH.

Una consejera mencionó que no se contaba con material informativo sobre temas de interés a la población TRANS (hormonoterapia, cirugía estética etc.).

Las expresiones de una usuaria mostraron la percepción respecto al material educativo usado en la consejería:

*“mi pareja quedo muy bien impresionado, recibió una cátedra con el dildo, incluso la consejera le pidió que repita la demostración de la colocación del preservativo”*

### Medicamentos:

En el caso de usuarios que recibían algún tipo de tratamiento, el cual era usualmente administrado por la consejera, el 71% consideró que era buena la atención de la consejera durante la administración del tratamiento. No se encontró asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2$  p-valor es 0.07, OR=3.8 con IC 95% 0.78-19) siendo probablemente insuficiente la muestra de usuarios que recibían tratamiento.

Con respecto a medicamentos el desabastecimiento es eventual, mencionaron por ejemplo que *“el medicamento que no llega hace tiempo son los óvulos de clotrimazol”*.

Usualmente faltaba agua destilada, jeringas y agujas. Con relación a insumos de laboratorio, no habían dificultades, aunque algunos han manifestado la carencia de vasitos para la muestra de orina. Con respecto a formatos, refirieron que no disponían de manera regular de recetarios ni órdenes de laboratorio.

Algunas consejeras mencionaron que es responsabilidad del MINSA quien debía proveerlos, sin embargo otras consejeras explican el desabastecimiento por deficiencias en la gestión de las DIRESA o redes de salud de la que dependía el establecimiento.

A continuación, en el cuadro N°20, se muestra los turnos y frecuencia de atención en cada CERITTS:

- **Horarios de atención**

Con respecto a los horarios de atención, los usuarios los percibían como accesibles. El siguiente cuadro muestra los horarios que tenían los CERITTS participantes en el estudio.

Cuadro N° 20

Horarios de la Consejería a la población vulnerable			
CERITTS /EESS	Frecuencia	Turno	Horas
CS A. BARTON	Lunes a viernes	Tarde	1.30pm-7.30pm
CS R. PATRUCCO	Lunes a Sábado	Mañana/tarde	8am-8pm
CS SURQUILLO	Lun-Mi-Vn	Mañana/Tarde	8am-8pm
	Mt-Jv-Sab	Mañana	8am-12am
CS TAWANTINSUYO	Lunes a viernes	Mañana/Tarde	8am-8pm
	Sábado	Mañana	8am-12am
HMI SAN JOSE- VES	Lunes a sábado	Mañana	8am-1pm
CS PIEDRA LIZA	Lunes a sábado	Mañana	8am.1pm



- **Costos de la consejería**

Según la normatividad vigente, la consejería conjuntamente con los exámenes de laboratorio y la consulta médica forman parte del paquete de atención llamada Atención Médica Periódica (AMP), estos servicios son gratuitos y están dirigidos a las TS y a los HSH. Mencionaron también que los medicamentos eran los que el Ministerio de salud proporcionaba y se distribuían gratuitamente. Los análisis eran gratuitos excepto el examen de ELISA cuyo valor asciende a S/.15.00 para el usuario y sus contactos.

En todos los CERITTS se encontró que los usuarios que venían por primera vez (HSH y TS nuevos) hacían un pago por la tarjeta de atención(S/ 2.00). En el caso del CERITTS de Surquillo se encontró que si el PV era derivado por un promotor no pagaba por consulta, caso contrario, si llegaba sólo tenía que pagar S/4.00 aun siendo parte de la PV.

Frecuentemente les faltaba, agujas, agua destilada y algunas veces también guantes, lo que tenía que ser adquiridos por los usuarios. Mencionaron las consejeras que usualmente estos materiales eranabastecidos por la Estrategia Nacional de prevención y control de las ITS VIH SIDA del MINSA y que actualmente su carencia estaba relacionada al descuido en la gestión de los mismos, responsabilidad de la DIRESA y la Red de salud.

Las consejeras consideraron que este tipo de deficiencias, aunada a las múltiples actividades que realizaba la consejera afectaban la interrelación entre consejera-y usuario y por ende percibían como deficiente la atención en la consejería. Del mismo modo, consideraban que la falta de privacidad en algunos ambientes afectabatambién a la administración de tratamiento.

Cabe mencionar que algunas consejeras mencionaron que paulatinamente iban disminuyendo los usuarios de la AMP, debido a que no contaban con profesional médico de manera regular pues por las guardias no podían atender diariamente a la PV, la irregular asistencia de la consejera, largos periodos sin laboratorista. Esto se agravaba con las características del ambiente de consejería, pues era compartido con la atención médica y no garantizaba la privacidad.También manifestaron que han ido disminuido las actividades extramurales para captación de TS y HSH,

*“ya no se cuenta con movilidad, ni apoya la DISA ni el MINSA”.*

Agregaron que la supervisión era esporádica y no les llegaba ningún informe que les ayude a mejorar.

Mencionaron también que los coordinadores intermedios que laboran en la Red de Salud eran los enlaces con los promotores de pares, sin embargo persistían problemas tales como: la acumulación de usuarios en la última semana del mes afectando la atención en la consejería, pues *“los promotores tienen que cumplir su meta para recibir el apoyo económico”* Agregó una consejera *“...e esta manera, los que pagan los platos rotos son los usuarios”*

La observación de dos usuarios desde la llegada hasta el término de la atención, permitió observar la labor de orientador realizada por la técnica de enfermería e incluso llevaba las muestras al laboratorio para su procesamiento, haciéndolo de manera inapropiada pues las llevan expuestas al medio ambiente.

## **5.2.- Discusión Análisis, interpretación y discusión de los resultados**

### **• Con relación al abordaje metodológico e instrumental**

En el presente estudio se ha combinado y complementado herramientas cuantitativas y cualitativas mediante la triangulación. En este sentido se han encontrado diversos estudios realizados en grupos vulnerables para las ITS VIH SIDA que han empleado metodologías similares: así se tiene:

- El uso de encuestas estructuradas para evaluar los momentos de la consejería en ITS VIH SIDA (Domínguez Guerrero, Perú, 2007)
- El uso de técnicas de observación participante para evaluar los procesos de atención y evaluar la calidad de los servicios (Kinkel HF y otros, Sud África, 2009)
- La combinación de herramientas para la recolección de datos (entrevistas a profundidad a consejeros, grabaciones mediante clientes simulados y cuestionarios a usuarios (Chai J, Wang D, y otros, China, 2009)
- El empleo de grupos focales para profundizar la información referida a brechas en la relación interpersonal consejero-usuario, la valoración de las instalaciones físicas, las

percepciones relacionadas al tiempo de espera, la carencia y/o disponibilidad de insumos y tratamientos y la valoración de actitudes discriminatorias del personal de salud (Beattie TS, Bhattacharjee P y otros, India, 2011).

Para medir las percepciones de los usuarios respecto a la consejería se cumplió con los criterios técnico normativos establecidos por el MINSA (2002) al utilizar encuestas estructuradas validadas y recomendadas para su uso en los establecimientos de salud por el Ministerio de Salud; el cual recomienda la utilización de métodos y técnicas combinadas: cuantitativas y cualitativas que permitan profundidad en los factores que afectan la percepción que los usuarios respecto a la atención sanitaria. Identificar los problemas en la provisión del servicio, así como de sus potenciales soluciones que incorporen la perspectiva de los usuarios. Agrega el MINSA que la satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios.

Para evaluar la consejería, se esquematizó un modelo teórico sustentando en el concepto sistémico propuesto por Donabedian vinculando aspectos de estructura tales como: características del ambiente, disponibilidad de medicamentos, insumos y materiales, competencia técnica del consejero y la caracterización de la relación interpersonal consejero-usuario y su relación con la medición de las percepciones de la consejería en ITS VIH SIDA.

- **Con relación a la atención de la consejera, las características del ambiente, la disponibilidad de medicamentos, insumos y materiales y la percepción del usuario respecto a la consejería**

Se han encontrado coincidencias así como diferencias con algunas investigaciones similares Así se tiene:

Los planteamientos teóricos de Phillips, Carson y Roe (1988) sitúa en primer nivel las necesidades implícitas o expectativas básicas relacionadas a la atención de la salud: fiabilidad, competencia, cortesía, Credibilidad, seguridad y respuesta positiva a los tratamientos, están vinculadas directamente con el nivel de satisfacción del usuario.

En ese sentido, el presente estudio encontró que no más del 10% de usuarios (HSH y TS) calificaba la consejería de regular a mala calidad. Incluso el 88% de usuarios mencionaron que acudirían otra vez con la misma consejera(a) lo cual puso en evidencia la confianza del usuario en la consejera.

De manera complementaria la profundización cualitativa permitió confirmar en el presente estudio, que la mayoría de usuarios destacaban las habilidades y experiencia de la consejera para crear una atmosfera de confianza, cordialidad y naturalidad para ir abordando poco a poco el tema central que tenía que ver con la conducta sexual de riesgo.

Sin embargo los usuarios TRANS dentro de los HSH mostraban de manera abierta su disconformidad e incluso se sentían discriminados cuando la consejera no hacía uso de su nombre social; pues se encontraron situaciones concretas de prejuicios en las consejeras (pocas y aisladas, pero las había), especialmente con el grupo de los Trans, quienes al usar un nombre social (nombre femenino), diferente al nombre legal (nombre masculino) refirieron sentirse discriminados al ser llamados por el consejero en voz alta (sala de espera) por su nombre legal.

Este hecho afectaba desde el inicio de relación interpersonal entre el consejero y el usuario. Muy por el contrario, se encontró un establecimiento que de manera creativa había colocado el nombre social en la tapa de la historia clínica (el nombre legal estaba dentro de los datos de filiación) y el usuario era llamado públicamente en la sala de espera por su nombre social, hecho simple y sencillo pero muy valorado por el grupo de los Trans.

En este sentido Dessunti, ElmaMathias y otros, (Brasil 2008), estudiaron la interrelación entre travestis (Trans) y personal de enfermería mediante talleres sobre diversidad sexual y temas seleccionados por las travestis. Mencionaba que esta experiencia había contribuido al crecimiento personal y profesional de docentes y alumnos para la mejora de la calidad de asistencia a las travestis.

Cabe reafirmar que en el presente estudio el 80% de usuarios reportaron sentirse cómodos con la atención de la consejera, el 91% reportó que las orientaciones y consejos eran pertinentes y habían sido comprendidos; de igual modo la aplicación y explicación de tratamiento habían sido óptimas y la mayoría de usuarios afirmó que regresarían con la misma consejera.

Con relación a lo mencionado, Maddala y Miller (1990), afirman que la confianza en el prestador de salud es un elemento principal para su satisfacción, pues los usuarios establecen una relación asimétrica con el profesional de la salud, al depender de la información y de sus decisiones terapéuticas.

De manera similar el estudio de, Wanyenzer K., KyaddondoD., y otros (Uganda, 2008), concluyeron en que era necesario seguir fortaleciendo la atención de la consejería, siendo indispensable ganar la confianza del cliente, garantizar la confidencialidad y brindar oportunidades para hacer preguntas según necesidades de información específica de los usuarios; lo que coincide con los resultados encontrados en el presente estudio: la experiencia y las habilidades para el manejo de los comportamientos sexuales que tiene la mayoría de las consejeras podrían explicar la elevada percepción de la consejería que tienen los usuarios.

De otro lado, si se tiene en cuenta lo que afirma Phillips, Carson y Roe, quienes refieren que los usuarios de servicios de salud tienen expectativas opcionales que no implican el grado de satisfacción si es que están ausentes, pero cuando están presentes si implican satisfacción.

Lo mencionado por estos autores podría explicar que las carencias evidentes en los CERITTS, no estarían asociadas a la percepción que los usuarios tienen respecto a la consejería y a la interrelación usuario-consejero.

Por el contrario, los hallazgos en el presente estudio podrían tener que ver más con las expectativas disminuidas de este tipo de usuarios (HSH y TS), quienes incluso son cuestionados por sus propias familias y muchas veces rechazados y maltratados por una sociedad conservadora como la sociedad limeña.

De otro lado, cabe destacar la percepción que tienen las propias consejeras, quienes consideraron que las múltiples actividades que realizan y las carencias estructurales afectaban la interrelación entre consejera-y usuario y por ende percibían como deficiente la atención brindada; lo cual es opuesto a la percepción de sus usuarios. Cabe remarcar este tipo de carencias: la falta de exclusividad y privacidad del ambiente para la consejería, el

incumplimiento del tiempo de consejería según lo establecido en la norma técnica<sup>1</sup>, las frecuentes fallas en la provisión de algunos insumos como medicamentos, el gasto de bolsillo recurrente para el pago por la tarjeta de atención y la adquisición de aguas destiladas, jeringas y agujas, así como la ausencia de material educativo.

Cabe mencionar que Kinkel HF y otros, (Sud África, 2009) reportaron el incumplimiento de protocolos y afirmaron que sólo 41.1% de las visitas y los Consejeros fallaron con frecuencia al abordar la prevención de la transmisión del VIH. Por el contrario, en el presente estudio se reportó que el 80% de usuarios se sentían cómodos al abordar el tema sexual y que la mayoría de consejeras explicaban con detalle y sencillez los síntomas de las ITS VIH especialmente cuando tenían que lograr la firma para la prueba de VIH. Probablemente el incumplimiento de protocolos estaría más asociada a aspectos de gestión (deficiencias de espacios, carencias de insumos y medicamentos y material educativo, multifuncionalidad de la consejera, entre otros) que a las capacidades de la consejera.

Cabe mencionar también el estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y otros (Perú 2006) relacionados a los conocimientos y prácticas de las gestantes respecto a la Transmisión Vertical, el cual refiere que más de la mitad de las gestantes atendidas en diez 10 hospitales, calificaban la información de VIH recibida en dichos hospitales como “bastante vaga”, Así mismo reportaba que las gestantes NO mencionaron la consejería como fuente de información, sino otras como son las charlas educativas grupales y en algunos casos fuentes informales como comentarios de terceros. Agrega el mencionado estudio que el 29% de gestantes entrevistadas refirieron que los lugares de consejería eran poco apropiados para ese fin.

Cabe mencionar también a Mora Palomino (Perú, 2009), quien afirma que es necesario modificar la metodología de la consejería pre-test de VIH, y sugirió la actualización de manuales y normas de consejería utilizadas en los servicios de salud. Esta actualización debería incluir nuevas estrategias educativas. Agrega que las evaluaciones de la consejería propiciadas por el Ministerio de Salud solo dan información de tipo cuantitativos en términos del número

---

<sup>1</sup> Tiempo de consejería según la norma: La consejería según norma debe durar entre 30 y 45 minutos y se encontró que la duración promedio de la consejería es de 24 minutos para un usuario nuevo y de 16 minutos para un usuario continuador.

de consejerías realizadas; pero no así evaluaciones de corte cualitativo relacionados por ejemplo con el impacto de la consejería en los usuarios y el grado de efectividad en el cambio de comportamientos sexuales, en la asimilación y retención de información y de conocimientos e incluso motivar a su difusión.

Al respecto, cabe agregar que Dukers-Muijers NH, Somers C., y otros (Países bajos 2012), concluyeron que hablar de la salud sexual requiere una mayor conciencia entre los usuarios sobre sus opciones de atención, así como un cambio cultural entre los profesionales de salud; en este sentido, uno de los resultados del presente estudio tiene que ver con el incumplimiento del tiempo establecido para la consejería en la normatividad vigente. Aspecto que requiere ser más estudiado en su relación con la necesidad de los usuarios de hablar de su salud sexual.

De otro lado, con relación al estigma y discriminación, los testimonios de los usuarios han puesto en evidencia que persisten los prejuicios, y es particularmente el personal de salud que no está directamente vinculado a la atención de los usuarios del CERITTS (personal administrativo, de limpieza, técnicas de enfermería, médicos u otros profesionales de la salud que no atienden a este tipo de población: HSH y TS), los que son más prejuiciosos y ello probablemente se deba a los escasos conocimientos relacionados a la homosexualidad y a la falta de entendimiento y aceptación del trabajo sexual.

En este sentido, Santos, M., Altenfelder, F. y otros, (Brasil, 2007), caracterizaron al negocio sexual como un trabajo en situación vulnerable y usaron los burdeles como espacios de discusión y reflexión individual y colectiva, recomendándola como una estrategia para la incorporación de comportamientos sexuales de menor riesgo.

Haciendo un paralelo con el estudio de Beattie TS, Bhattacharjee P. y otros (India, 2011), en el que analizaron las barreras personales e interpersonales vinculadas a las instalaciones físicas, los tiempos de espera, la falta de tratamiento disponible y la necesidad de dar sobornos para recibir atención, así como las actitudes discriminatorias del personal; cabe destacar que en el presente estudio también se identificaron deficiencias relacionadas al ambiente donde se realiza la consejería, prolongados tiempos de espera, falta de insumos y medicamentos y si bien no se

han evidenciado sobornos, si hay pagos de bolsillo que no deberían darse pues la AMP es un servicio gratuito del estado peruano.

Agregar que los resultados encontrados en el presente estudio relacionados al incumplimiento del tiempo previsto para la consejería y las interrupciones evidenciadas en el análisis de procesos y en los testimonios de los usuarios; requieren ser más estudiadas en su relación con el tiempo requerido para que los usuarios puedan hablar mejor de su salud sexual.

Al respecto, Dukers-Muijers NH., (Países Bajos, 2012) reportó que los HSH (50%) querían hablar más de su salud sexual que los usuarios heterosexuales (30%). El autor concluyó que hablar de la salud sexual requiere una mayor conciencia entre los usuarios sobre sus opciones de atención, así como un cambio cultural entre los profesionales de la salud que laboran en servicios especializados para la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual.

De otro lado, es pertinente mencionar que el análisis integral de los resultados en el presente estudio, se ha visto favorecido por el modelo de Donabedian, porque facilita el relacionamiento de los aspectos de estructura, procesos y resultados para la comprensión e identificación de factores que facilitan o dificultan la consejería.

En nuestro estudio, las deficiencias encontradas tenían que ver más con la gestión de los espacios, de los insumos, de la capacitación del personal de salud y con la deficiente conducción del CERITTS para posicionar su tema en la agenda institucional; destacando por el contrario la consejera por sus capacidades y su experiencia como una fortaleza dentro del paquete de la Atención Médica Periódica (AMP).

Agregar que la disminución progresiva de usuarios a la AMP, mencionada por algunas consejeras, demandará no solo de mejorar la gestión del CERITTS, sino de fortalecer la consejería y creativamente incorporar otras metodologías tal como lo precisa, Sullivan PS, Grey JA, Simon Rosser BR. y otros (2013), así como VanCamp YP, Van Rompaey B. (2013), quienes reconocieron que la consejería individualizada parecía ser la intervención más efectiva y que podrían agregarse otras metodologías tales como tecnologías basadas en Internet, en teléfonos



inteligentes, mensajería telefónica, intervenciones grupales, entre otras, que puedan mejorar la adherencia de los usuarios, pero no suplir la atención personalizada.

En este sentido, cabe mencionar lo que refiere Curioso W. y otros (2007, PERÚ), quienes en una revisión sistemática relacionadas al uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para la prevención y control del VIH SIDA, mencionan que muchos establecimientos de salud carecen del número suficiente de consejeros debidamente entrenados que puedan dedicar el suficiente tiempo a proveer mensajes de reducción de riesgo. En esta realidad (establecimientos con mucha demanda) sugiere el uso de herramientas computarizadas para la consejería breve (consejería computarizada) que han sido desarrolladas y validadas por varios grupos de investigación, por ejemplo en la educación de adolescentes, en la recolección de conductas de riesgo, en la adherencia a tratamientos y según ellas brindar consejerías interactivas.

Los mismos autores agregan que actualmente las personas con algún problema de salud, buscan información sobre su diagnóstico, incluso buscan a profesionales de la salud, analizan diferentes opciones de tratamiento y podrían compartir opiniones sobre sus enfermedades, si se dieran los mecanismos apropiados. En este contexto, los autores recomiendan que es importante que los pacientes sepan evaluar la calidad de las páginas Web donde están buscando información de salud, tengan a disposición diferentes modalidades de uso de las TIC, complementándolas con mensajes y consejerías personalizadas e información sobre servicios de atención tales como pruebas de VIH e ITS, tratamientos y otros.

## CONCLUSIONES

- El 90% de los usuarios: HSH y TS perciben la consejería en ITS VIH SIDA como buena y el 88% de usuarios regresaría con la misma consejera. Sin embargo las consejeras perciben la atención en la consejería como deficiente porque la asocian a las carencias y limitaciones para el cumplimiento de la normatividad vigente.
- Sólo la mitad de CERITTS (3/6) contaba con un ambiente que garantizaba privacidad y comodidad. Cualitativamente se identificó en los usuarios disconformidad debido a la falta de privacidad, la existencia de ruidos e interrupciones durante la consejería. A lo que se agrega la percepción de las consejeras respecto al riesgo de ser desalojados de sus ambientes debido a otras prioridades en la gestión institucional.
- En todos los CERITTS participantes en el estudio, se han identificado la falta sistemática de algunos insumos y materiales (jeringas, agua destilada), otros faltan esporádicamente (medicamentos, guantes, entre otros) y cuyos costos son asumidos por los usuarios, a pesar que la Atención Médica Periódica (AMP) y dentro de ella la consejería, son servicios gratuitos. A lo que se agrega la percepción de las consejeras respecto a que la provisión de condones está asegurada por el proyecto del Fondo Global y no por el estado peruano.
- Si bien cuantitativamente la mayoría de los usuarios (HSH y TS) refirieron tener confianza y sentirse cómodos con la consejera para hablar sobre su vida sexual, cualitativamente se han identificado percepciones de disconformidad, incomodidad e incluso de rechazo, especialmente en el grupo de los TRANS, para quienes el uso de su nombre social por parte del consejero favorece la relación consejera-usuario desde el inicio de la consejería.
- La mayoría de consejeras constituyen la fortaleza principal del CERITTS dada sus capacidades y experiencia para abordar aspectos relacionados al comportamiento sexual, mientras que el personal de salud que no labora en la atención directa a la población vulnerable: HSH y TS, es el que muestra comportamientos discriminatorios relacionados a la homosexualidad y al trabajo sexual.

## RECOMENDACIONES

- Medición periódica de la satisfacción de usuarios mediante el uso combinado de herramientas cuanti-cualitativas, cuyos resultados sea uno de los pilares a tener en cuenta para el mejoramiento continuo de la Atención Médica Periódica (AMP) y dentro de ella específicamente la Consejería en ITS VIH, lo que permita renovarla, revisando la posibilidad de complementarla con el uso de Tecnologías de Información y Comunicación y estrategias comunitarias con enfoque de ciudadanía, apropiadas a las necesidades y contextos culturales de sus usuarios: HSH y TS.
- Implementación de planes y programas de capacitación continua, dirigidos a todo el personal del establecimiento de salud y particularmente propiciar espacios y momentos de reflexión con los consejeros de ITS VIH SIDA, relacionados a la sexualidad, la homosexualidad y el trabajo sexual como realidad laboral en nuestra sociedad.
- Mejoramiento de los sistemas de control que incluya el monitoreo, la supervisión y la evaluación de la gestión basada en acuerdos e indicadores de gestión, que permitan la mejora progresiva de la calidad de atención en el CERITS, según estándares establecidos en la normatividad vigente.
- Mejoramiento de las políticas de abogacía, incidencia y sensibilización que relieven las Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo el VIH SIDA como una de las prioridades sanitarias en nuestro país.

## BIBLIOGRAFIA

1. Babakus, E., Mangold, W. (1992) "Adapting the Servqual Scale to Hospital Services: an Empirical Investigation". *Health Services Research*, Vol. 26, pp.: 676-686.
2. Beattie, TS., Bhattacharjee, P., Suresh, M., Isac, S., Ramesh, BM. y Moses, S. (2012, Oct) Personal, interpersonal and structural challenges to accessing HIV testing, treatment and care services among female sex workers, men who have sex with men and transgenders in Karnataka state, South India. *J Epidemiol Community Health*. Vol66(2):pp42-48.
3. Bruce, J. (1998), "Elementos Fundamentales de la Calidad de Atención". *ThePopulation Council*, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Documento de Trabajo No.21, pp.8.
4. Chiegil RJ, Zungu LI, Jooste K.J NursManag. (2013 Jun 26). Quality of antiretroviral therapy in public health facilities in Nigeria and perceptions of end users. *J NursManag*[Epub ahead of print] PMID: 23800311 [PubMed - as supplied by publisher]
5. Chai, J., Wang, D., Zhou, M., Xu, W., Liang, G. y Shen, YF. (2012) Developing and piloting an expert system for better routine voluntary HIV counseling and testing in China: preliminary results and lessons. *AIDS Care*. Vol24(4), pp:424-33.
6. CONAMUSA, MINSA, ONUSIDA, (2009). Proyecto VIGIA, Plan Estratégico Multisectorial (PEM) 2007-2011 para la preención y control del VIH SIDA en el Perú.
7. Curioso,W., Blas, M., Kurth, A. y Klausner, J,(2007).Tecnologías de Información y Comunicación para la prevención y control de la infección por el VIH y otras ITS. *RevPeru Med Exp Salud Publica*.Vol 24(3).
8. Defensoría del Pueblo (2009). Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/Sida: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/Sida en el Perú. Informe DefensorialN°143.
9. Deressa, W., Seme, A., Asefa, A., Teshome, G. yEnqusellassie F.(2014). Utilization of PMTCT services and associated factors among pregnant women attending antenatal clinics in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*.Vol14(328).
10. Donabedian, A. (1989) La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?". *Revista JANO*, Vol. 864, pp.: 103-110.
11. Donabedian, A. (1990). Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica. 1a ed. México.

12. Domínguez Guerrero, Sonia.(2007). Consejería en salud sexual y reproductiva para los adolescentes en los Centros de Salud de la Micro Red 3 de febrero Pachacútec-Ventanilla-Callao.*Rev. peru. obstet. enferm*, Vol3(2). pp:104-114.
13. Dukers-Muijters, NH. , Somers, C., Hoebe,CJ., Lowe, SH., Niekamp, AM., Lashof, AO., Bruggeman, CA. yVrijhoef, HJ. (2012, Dec 27) Improving sexual health for HIV patients by providing a combination of integrated public health and hospital care services; a one-group pre- and post-test intervention comparison. *BMC Public Health*. Vol12(1):pp11-18.
14. Ford, R., Bach, S. y Fottler, M. (1997): "Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations". *Health Care Management Review*, Vol. 22, N°. 2. Pp: 74-89.
15. Kalumbi, L., Kumwenda, S.yChidziwisano, K..(2014). Counsellors' experience during training and home based HIV counselling and testing in Zomba District, Malawi, *Malawi Med J*.Vol26(1):pp1-7.
16. Kinkel, HF., Adelekan, AM., Marcus, TS. yWolvaardt, G.(2012, Jul 31) Assessment of service quality of public antiretroviral treatment (ART) clinics in South Africa: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. Vol12 (228).
17. Hyden C, Allengrate JP yCohall, AT. (2014). HIV testing sites communication about adolescent confidentiality: potential barriers and facilitators to testing, *Health PromotPract*.Vol15(2). Pp: 80-173.
18. Hallmark,CJ.,Skillicorn, J., Giordano TP., Davila JA., McNeese, M., Rocha, N., Smith, A., Cooper, S. y Castel, AD. (2014)HIV Testing Implementation in Two Urban Cities: Practice, Policy, and Perceived Barriers.*PlosOne*.Vol 9 (10): e110010. doi: 10.1371/journal.pone.0110010. Collection 2014.
19. Maddala, G.S. y Miller, E. (1990). Microeconomía,Ed. McGraw Hill
20. MINSA, Dirección General de Epidemiología.(Diciembre del 2012) Boletín Comportamiento VIH en el Perú.
21. MINSA, Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA. (2007) Lineamientos de Política Sectorial para la prevención y control de las ITS, VIH SIDA en el Perú.
22. MINSA, Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. (2010) Informe Nacional sobre los progresos realizados en la Aplicación del UNGASS período 2008-2009 en el Perú.
23. MINSA, Dirección General de Salud de las personas, (2002). Encuesta de Satisfacción de usuarios externos de servicios de salud del Perú.
24. MINSA, Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA.(2009).Norma

- Técnica de Atención Médica Periódica para Trabajadores sexuales, aprobada por resolución ministerial N°650-2009/MINSA, Lima.
25. MINSA, Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA. (2009) Guía Técnica Nacional de Consejería en ITS/VIH SIDA, aprobada por resolución ministerial N°264-2009/MINSA, Lima.
  26. Miranda Ernesto, (1994). La salud en Chile. *Centro de Estudios Públicos*.
  27. Mora, O., Palomino, J., Velásquez, C., Gómez, E., y Castillo, R. (2009), Evaluación de la Consejería Pre-test para el VIH en un Hospital Nacional en Lima-Perú, *Rev. Salud Pública. Vol11* (4): pp559-567.
  28. Phillips, P.; Carson, K., Roe, W. (1998) "Toward understanding the patient's perception of quality". *The Health Care Supervisor, Vol. 16* (3), pp: 36-42.
  29. Pickering, E. (1991), Federación Internacional de Hospitales. Documento presentado en la Conferencia de Garantía de Calidad, OPS, OMS, Washington.
  30. Saleem H, Kyeyagalire R, Lunsford S., (2014) Patient and provider perspectives on improving the linkage of HIV-positive pregnant women to long-term HIV care and treatment in eastern Uganda, *Afr J AIDS Res. Vol13*(1):pp45-51.
  31. Santos, M., Altenfelder, F., Silva A.L., Paparelli, R. y Oliveira, F. (2008). Health intervention with sex workers, *Cad. psicol. soc. Trab. Vol 11*(1). Pp:101-110
  32. Scardina, S.A. (1994) "Servqual: A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care". *Journal of Nurse Care Quality, Vol. 8*, pp: 38-46
  33. Sullivan, PS., Grey, JA., SimonRosser, BR., (2013, 1 de Junio). Acquir Immune DeficSyndr. . Review. PMID: 23673879 [PubMed - indexed for MEDLINE]
  34. Universidad Peruana Cayetano Heredia, ONG Impacta. (2011), Informe del Estudio Centinela de Vigilancia Epidemiológica de ITS y VIH en Hombres que tienen Sexo con Hombre en el Perú.
  35. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y otros, (2006) Proyecto Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la TBC, "Características de los Conocimientos y prácticas relacionadas a la prevención de la Transmisión Vertical del VIH/SIDA en gestantes y proveedores de salud durante el ontról prenatal en 10 hospitales del Perú.

36. Van Camp, YP. Van Rompaey, B., Elseviers, MM. (2013) "Nurse-led interventions to enhance adherence to chronic medication: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials", *Eur J Clin Pharmacol*. Vol69(4):pp761-70.
37. Wanyenze, RK., Kyaddondo, D., Kinsman, J., Makumbi, F., Colebunders, R. yHarden, A., (2013 Oct 19)"Client-provider interactions in provider-initiated and voluntary HIV counseling and testing services in Uganda", *Health Serv Res*. Vol13(1). Pag.:423.
38. Youssef, F., Nel, D. y Bovaird, T. (1995) "Service Quality in NHS hospitals". *Journal of Management Med.*, Vol. 9, pp.:66-74.
39. Zeithaml, V., Parasuraman, A., y Berry, L. (1993) Calidad total en la gestión de los servicios en Madrid. Ed. Díaz de Santos.

## ANEXOS

### Anexo 01

#### Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA												
Consejería y percepción de la Población vulnerable en Centros de Atención de Infecciones de Transmisión Sexual, Lima y Callao,2012												
PREGUNTA DE INVESTIGACION	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	DISEÑO DEL ESTUDIO	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTOS					METODOLOGIA DE ANALISIS	
						vo	Cualitativo					
						Encuesta a Usuarios	Entrevista a profundidad a Consejera(o)	Obsevacion de flujo de procesos	Cliente simulado	Grupos focales con usuarios		
¿Cómo perciben los usuarios (HSH y TS) la calidad de la consejería y cómo se relaciona con las características del ambiente, la disponibilidad de insumos, y la atención brindada por el consejero en seis Centros referenciales para la atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) de Lima metropolitana?	Analizar las percepciones que tienen los usuarios (HSH y TS) de la calidad de la consejería brindada en seis Centros Referenciales para la atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) de Lima y Callao en el 2012.	1. Analizar la percepción los usuarios con las características del ambiente en donde se realiza la consejería en seis Centros Referenciales para la atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) de Lima y Callao en el 2012.  2. Analizar la percepción los usuarios con la disponibilidad de insumos y materiales durante la consejería brindada en seis Centros Referenciales para la atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) de Lima y Callao en el 2012.  3. Analizar la percepción los usuarios con las características de la atención brindada por el consejero en seis Centros Referenciales para la atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) de Lima y Callao en el 2012.	DISEÑO TRIFASICO CUANTI-CUALITATIVO-TRIANGULACION :  1) Cuantitativo es descriptivo transversal observacional.  2) Cualitativo mediante grupos focales, observación y cliente simulado.  3) Método de Triangulación para el análisis de datos.	Ambiente donde se realiza la consejería	Exclusividad	x	x	x	x	x	Concordancia y relaciones entre la percepcion del usuario y la consejería: El análisis de triangulación consistirá en el cruce de información de las diferentes fuentes, examinando las concordancias y/o diferencias que existan con el fin de describir de mejor manera los procesos de la consejería en ITS VIH SIDA y su relación con la percepción de sus usuarios: los HSH y TS	
					Privacidad	x	x	x	x	x		
					Comodidad	x	x	x	x	x		
					Iluminación	x	x	x	x	x		
				Competencia Técnica del consejero (a)	Comodidad con la consejera(o) al abordar su vida sexual	x				x		x
					Confianza en las orientaciones y recomendaciones del consejero	x				x		x
					Se siente juzgado o criticado por la consejera(o)	x				x		x
					Consejo recibido responde a necesidad de información y consejo	x				x		x
					Estigma y discriminación					x		x
					Administración del Tratamiento médico si lo necesita	x				x		x
					Comprensión y entendimiento del							
					Experiencia como consejera(o)		x					
					Capacidades como consejera(o)		x					
				Atención del consejero(a)	Tiempo que duró la consejería	x			x	x		x
					Interrupciones en la atención				x	x		x
					Horarios de la consejería				x	x		x
					Costos de bolsillo				x	x		x
				Insumos y materiales brindados en la consejería	Disponibilidad de Condones	x	x	x	x	x		
					Insumos para tratamiento: jeringas,							
					Material educativo de apoyo a la consejería: dildos,rotafolios.	x	x	x	x	x		
				Percepción de calidad de la consejería	Valoracion general de la consejería por el usuario	x				x		x
					Valoración del consejero desde el usuario	x				x		x
					Valoración general de la consejería desde el consejero		x					

Elaborado por: Rosa María Valle Villón

Elaborado por: Rosa María Valle Villón



**Anexo 02**  
**Matriz de operacionalización de variables**

Variable	Indicador	Criterios de medición de las categorías	Tipo	Escala de Medición	Valores
<b>Ambiente</b>	Exclusividad	Características del ambiente usado únicamente para la consejería	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Privacidad	Características del ambiente en la que se realiza la consejería con la confianza en que otras personas NO tienen acceso a la relación usuario-consejero	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Comodidad	Características del ambiente usado para la consejería que proporciona el confort necesario para establecer una relación interpersonal	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Iluminación	Referido a las características del ambiente de consejería que incluye buena luz contribuyendo a la comodidad del usuario y el consejera(a)	Cualitativa	Ordinal	Exc/Bueno/Reg /Malo
<b>Competencia Técnica del Consejero (a)</b>	Comodidad con el consejero(a) al abordar vida sexual	Referido a la confianza del usuario en compartir aspectos de sus prácticas sexuales	Cualitativa	Nominal	Si/No/ Indiferente/ No hizo preguntas.
	Confianza en las orientaciones y recomendaciones del consejero(a)	Aceptabilidad y valoración de las orientaciones y recomendaciones profesionales de la consejero(a)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Juzgado o criticado por la consejera(o)	Sentimiento del usuario de no sentirse cuestionado por sus conductas sexuales	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Consejo recibido responde a necesidades	Pertinencia del consejo a la necesidad del usuario	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No No dio consejo
	Comprensión del consejo	Claridad y sencillez del consejo	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No/ No dio consejo
	Estigma y discriminación	Nivel de aceptación por la consejera y por el personal de salud, independientemente de su comportamiento sexual	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Administración del Tratamiento médico si lo necesita	Confianza en el tratamiento administrado por el consejero	Cualitativa	Ordinal	Exc/Buena/Reg /Mala
<b>Atención del consejero(a)</b>	Tiempo que duró la consejería	Nº de minutos que duró la consejería	Cuantitativa	Razón	Nº de minutos que duró la consejería
	Interrupciones en la atención	Motivos por las que se interrumpe la consejería (por intromisión de otra persona o por tareas simultáneas del consejero)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Horarios	Turnos programados para la consejería	Cuantitativa	Razón	Nº de turnos
	Costos de bolsillo	Identificación de los pagos que hace el usuario	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No

Insumos y materiales brindados en la consejería	Condomes		Disponibilidad suficiente en cantidad y calidad (incluye lubricante)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si /No/ No le dieron
	Insumos para tratamiento		Disponibilidad de medicamentos, jeringas, agujas, y otros	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Material educativo de apoyo a la consejería		Disponibilidad de dildos, rotafolios y otros.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si /No
			Entrega de impresos educativos para el usuario	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si /No
Percepción de la atención		• Valoración general de la consejería por el usuario		Cualitativa	Ordinal	Exc/Buena/ Reg/Mala
		• Valoración del consejero por el usuario		Cualitativa	Nominal	Si /No Indiferente
		• Valoración general de la consejería por el consejero(a)		Cualitativa	Ordinal	Exc/Buena/ Reg/Mala

### Anexo 03

#### INSTRUMENTOS

##### Fase Cuantitativa

#### Percepción de los usuarios respecto a la Consejería en el CERITTS

Fecha:..... Encuestador:.....

CERITTS.....

#### INSTRUCCIONES:

Salude y preséntese al entrevistado. La encuesta es anónima

Explíquele de manera sencilla y clara el objetivo de la entrevista

Marque la alternativa según respuesta del encuestado sin influir en el entrevistado.

#### I. PARTE I

#### Hora de inicio:

<b>1. INFORMACION GENERAL</b>  Numero de encuesta..... Código de recolección..... Código de digitación..... Tipo de usuario: TS ( )                  HSH: ( ) Condición del usuario: Nuevo: ( )   Continuator: ( )	<b>2. INFORMACIÓN DE FILIACIÓN</b>  Edad:.....(años cumplidos)  Estado civil: Soltero ( )          Casado ( ) Conviviente ( )      Divorciado/Separado ( )  Grado de Instrucción: Analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
Distrito de procedencia: (marque con un círculo) 1. Hospital san José de Villa El Salvador 2. Micro red de Tawuantinsuyo de Comas 3. CERITTS Piedra Liza de San Juan de Lurigancho 4. CERITTS Raúl Patrucco del Cercado de Lima 5. CERITTS Bartón del Callao.	

#### II. PARTE II (Preguntas sobre la atención en la consejería)

1. ¿Sintió que el tiempo que le dedicó fue suficiente para contestar sus interrogantes y sus inquietudes?      Si ( )   No( )
  2. ¿Hubo interrupciones que no le permitieron hacer preguntas, ni expresar sus preocupaciones?      Si ( )      No( )
- ¿Siente que el ambiente donde le atendió el consejero es suficientemente privado y

3. ¿Siente que han sido respondida su necesidad de información y consejo?  
Si ( ) No ( ) No dio consejo ( )
4. aseguraba la confidencialidad? Si ( ) No ( )
5. ¿Se ha sentido cómoda(o) con las preguntas relacionadas a su vida sexual que le hacia el consejero(a)?  
Si ( ) No ( ) indiferente ( ) No hizo preguntas ( )
6. ¿Tiene usted confianza en el consejero(a)? Si ( ) No ( )
7. ¿Se ha sentido juzgada(o) por el consejero(a)? Si ( ) No ( )
8. ¿Le ha entendido al consejero las recomendaciones o consejos que le brindó?  
Si ( ) No ( ) No me hizo recomendaciones ( )
9. ¿Considera suficiente el número de condones que le han dado?  
Si ( ) No ( ) No me dieron ( )
10. ¿Recibió *material informativo*? Si ( ) No ( )
11. ¿Recibió algún tratamiento? Si ( ) No ( )
12. De ser Si, ¿Cómo calificaría la atención durante la administración del tratamiento?:  
[Leer las alternativas]  
Excelente ( ) Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )
13. El ambiente estaba cómodo Si ( ) No ( ) [cuenta sillones o sillas , mesita o escritorio a una distancia aceptable entre el consejero y el usuario]
14. ¿El ambiente estaba están suficientemente iluminado?  
Excelente ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )
15. ¿En general considera que el consejero (a) mostró interés por atenderle?  
Si ( ) No ( )
16. Califique la atención recibida en la Consejería.  
Excelente ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( ) NA ( )
17. Si usted tiene que venir otra vez por consejería, ¿Acudiría otra vez con este consejero?  
Si ( ) No ( ) Indiferente ( )

*Gracias por su colaboración*

## Fase Cualitativa

### Entrevista a profundidad al consejero (a)

#### Entrevista al Consejero(a)

**Nombre del CERITTS:**

**Sexo:**

**Edad:**

**Número de consejeros (as) con que cuenta el CERITTS:**

.....

1. ¿Hace cuánto trabaja como consejera(o) en este CERITTS,... En otro CERITTS?
2. **Capacitación del consejero(a):**
  - ¿Y cómo consejera(o) recibe algún tipo de capacitación?
  - ¿Cuándo fue la última vez que recibió capacitación?
3. **Ambiente para la consejería:**  
¿Cómo describiría el ambiente destinado para la consejería?
4. **Insumos, material educativo empleados la consejería:**
  - ¿Qué insumos y materiales educativo se requiere?,
  - ¿Disponibilidad? Cantidad suficiente?
5. **Flujograma de procesos**  
Si usted armara la ruta que sigue el usuario de la consejería ¿cómo sería?
6. **¿Cómo calificaría usted la atención en la consejería brindada a sus usuarios (HSH y TS)?**  

Excelente   Buena   Regular   Mala
- ¿Por qué la califica así?
7. **¿Cuáles diría usted que seria las principales dificultades que afectan la atención de la consejería que se brinda en este CERITTS?**
8. **Usted como consejera que solicitaría para que se mejore la atención en la consejería?**

*Gracias por su colaboración*

## Guía de Observación de Flujo de procesos de la Consejería de ITS VIH SIDA en el CERITS

### GUIA DE FLUJO DE PROCESOS DE LA CONSEJERIA BRINDADA POR EL CERITS A LA POBLACION VULNERABLE (TS y HSH)

Fecha ..... Observador.....CERITS.....

**INSTRUCCIONES:** Esta técnica sirve para analizar la secuencia de actividades que ocurren en el proceso en estudio: La Consejería. Permite segmentar un proceso rutinario en componentes o actividades. También ayuda a definir las relaciones entre las actividades y los resultados esperados.

Hay que tener en cuenta los REQUISITOS necesarios para cada actividad (RRHH, RRMM, etc) y los RESULTADOS esperados para cada actividad, según las normas vigentes.

Se debe considerar el tiempo necesario para cada actividad, así como otras limitaciones. Completado correctamente el flujo de procesos, se podrá comparar las diferencias entre los resultados deseados y los logrados.

Los objetivos de una consejería de calidad son la adquisición de conductas sexuales de menor riesgo para ITS, VIH y SIDA y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y viviendo con VIH y SIDA.

Consejería ITS ☐ Consejería Pretest ☐ Consejería Post test ☐

REQUISITOS	RESULTADO ESPERADO	Resultados		OBSERVACIONES
		SI	NO	
Personal de salud	Portero, anfitriona u otro personal orienta al usuario para llegar al CERITS			
	Lo reciben con naturalidad y respeto(Buen trato)			
	Orientaciones claras y sencillas			
	Si es nuevo le preparan la Historia clínica, si es continuador sacan la historia clínica			
AMBIENTE PARA CONSEJERIA	Uso exclusivo para la consejería			
	Garantiza privacidad: otras personas NO escuchan la conversación			
	Brinda confort. Sala ordenada, tranquilo, sin ruidos. Tiene sillas o muebles cómodos, disposición del mobiliario facilita la conversación con el consejero			
RR MATERIALES	Cuenta con material de apoyo en la consejería (dildos, rotafolios, etc)			
	Cuenta con material educativo- comunicacional de apoyo que es entregado al usuario			
	Cuenta con condones y lubricantes en cantidad suficiente			
	Cuenta con medicamentos, jeringas, guantes			
Duración de la consejería como parte de la AMP	Duración de la Atención Médica Periódica (AMP): Desde que llega el usuario			
	Tiempo aproximado de duración de la consejería: Estandar según norma: 30 a 45 minutos			

### Matriz Guía Referencial Usuario Simulado

PROCESO	Resultado		RESULTADO ESPERADO
	Si	No	
Consejero (a) recibe al usuario y lo atiende según sus necesidades de cada consultante			Saluda con respeto
			Explica el tipo de atención que brinda
			Señala que la información que se discuta se mantendrá en estricta reserva
			Mira directamente al consultante (establece contacto visual)
			Escucha cuidadosamente lo que digan los consultantes
			Asume una actitud de escucha: se inclina hacia adelante, asienta con la cabeza, no realiza otra actividad, no interrumpe
			Tiene un lenguaje no verbal acorde con el sentimiento del consultante
			Respeto y utiliza el silencio como expresión de los sentimientos y emociones del usuario
			Explica al consultante la importancia de las preguntas que va a realizar y la información que se le va a proporcionar
			Explica que algunas preguntas pueden resultar incómodas, pero que son necesarias para orientar la consejería
			Usa palabras sencillas y claras, comprensibles por el usuario
			Usa un tono de voz amigable
			Realiza preguntas con frases educadas
			Realiza preguntas específicas y claras, de preferencia preguntas abiertas
			Realiza una sola pregunta a la vez y espera respuesta antes de formular la siguiente pregunta
			Pide permiso en caso de preguntas referidas al comportamiento sexual
			Evita hacer juicios de valor ya sea verbales o gestuales
			Evita hacer preguntas de juicio moral
			Se sienta o se para si el consultante así lo hace
			Maneja adecuadamente el lenguaje no verbal: (gestos, expresión facial, postura)
			Utiliza material visual para facilitar el proceso educativo (dildos, rotafolios). Entrega trípticos educativos (información para el usuario)
			Cuenta con un directorio de organizaciones locales que brindan atención y apoyo relacionados a VIH, violencia sexual, droga-adicción, salud mental, etc
			Utiliza el mensaje " <i>Toda relación sexual sin protección nos pone en riesgo de infectarnos de VIH SIDA</i> "
Consejería			Si tiene exámenes negativos a ITS, aconseja sobre síntomas y forma de prevenir las ITS
			Si tiene exámenes positivos a ITS, explica el tratamiento y la importancia de cumplirlo
			Explicarle el tipo de ITS teniendo en cuenta los mensajes educativos: RS no protegida, complicaciones de las ITS, diseminación de las ITS, las ITS y el VIH, alternativas de prácticas sexuales seguras (sexo no penetrativo, uso adecuado y consistente del condón y la asistencia al CS

Cumplimiento del Tratamiento		Explica la importancia de cumplir el tratamiento
		Advierte las molestias y efectos secundarios de los medicamentos
		Revisa con el usuario el tratamiento para asegurarse que haya comprendido la forma de administración
Contactos		Respetar la decisión voluntaria del consultante de decir quiénes son sus contactos
		El propio paciente refiere sus parejas
		Proporciona tantas tarjetas de referencia como número de contactos que tenga el usuario
		El llenado de tarjetas es anónima, solo tendrá el diagnóstico, el código del caso índice y horarios y lugares de atención
Condones		Recomienda que no tenga relaciones sexuales durante la primera semana de tratamiento
		Si la persona tiene una úlcera uretral recomienda que no tenga relaciones sexuales hasta su cicatrización
		Recomienda el uso del condón
		Da el mensaje que el condón protege de las ITS incluyendo al VIH y el embarazo no deseado
		Dice dónde comprar los condones
		Dar una demostración de cómo usarlo
		Solicite que practique usando el modelo o tildo
		Analiza los mitos y las ideas erróneas en el uso del condón
		Conservación adecuada del condón: Al adquirirlo debe estar en buen estado de conservación (se siente una almohadilla de aire). Verificar fecha de fabricación (es adecuado hasta tres años después de su manufacturación) ver fecha de expiración (no usar ni un día después de la fecha) No usar lubricantes oleosos
		Uso adecuado del condón: usa para cada RS y práctica sexual (vaginal, anal y oral) desde el inicio de la RS. Para el sexo oral (boca-ano, boca-vagina) se recomienda usar una barrera de látex. Le enseña a elaborarla usando un condón
Mensajes para HSH		Uso adecuado y consistente del condón:
		Reconocimiento de signos y síntomas y búsqueda del servicio de salud
		Evitar las RS con el consumo de alcohol y drogas
Mensajes para TS		Identificación de síntomas en ella y su pareja. Algunas ITS no dan síntomas en mujeres
		El rol receptivo aumenta la vulnerabilidad por las laceraciones en la vagina y el ano
		Enseña técnicas de negociación del uso del condón



## Guía de Grupos focales

### Guía de Grupo focal

Tipo de participantes: TS.....,HSH.....

Presentación de facilitador del grupo focal

Presentación de manera sencilla y clara del objetivo de la reunión

Presentación de los participantes

.....

1. ¿Cómo llegaron a los CERITS?
2. ¿Qué tipo de servicios reciben allí?
3. ¿Siguiendo la ruta de atención al momento de atenderse quienes son los que los reciben?
4. ¿Y ustedes como usuarios (as) del CERITS, ¿Cuándo han ido a atenderse, se han sentido cómodos, incómodos con el personal que primero los recibe?
5. ¿Cómo es la relación que se establece con la consejera(o)?
6. ¿Qué creen entonces que le hace ser un buen consejero(a), Qué característica creen que lo hace ser un buen consejero(a)?
7. ¿Y alguna vez ha tenido que pasar por una situación incómoda, una experiencia negativa que les hayan hecho sentir mal con alguna consejera(o)?
8. ¿En cuánto a sus dudas, sienten que se la resuelven?
9. Y el ambiente en donde se les da la consejería, sienten que son adecuados?
10. ¿En todos los CERITS ocurre lo mismo?
11. ¿Qué es lo que más les gusta del CERITS a donde usualmente asiste?...¿Y lo que menos le gusta?
12. ¿Alguna otra experiencia que quieran compartir?

Gracias por su participación